

1 6 3 0

21. September 2011 GEF C

Verfügung

Genehmigung des Vertrages vom 31. August 2010 zwischen santésuisse und der Stiftung Klinik Selhofen betreffend die stationäre Behandlung von Patienten und Patientinnen der Suchtfachklinik in Burgdorf

A. Sachverhalt

1.

Betreffend die Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben sich santésuisse und die öffentlich subventionierte Stiftung Klinik Selhofen auf den eingangs erwähnten neuen Vertrag geeinigt, der die Tarife für die Suchtfachklinik in Burgdorf während des Jahres 2011 regelt.

Die Vertragspartner machen geltend, dass der anrechenbare Aufwand, welcher nach Artikel 49 Absatz 1 KVG¹ ermittelt worden sei, gegenüber der letzten Berechnungsperiode vor drei Jahren gestiegen sei. Aus diesem Grund seien die Tarife für das Jahr 2011 um 2,4 Prozent zu erhöhen.

2.

Mit Gesuch vom 30. November 2010 ist die Gesundheits- und Fürsorgedirektion gebeten worden, den eingangs erwähnten Vertrag dem Regierungsrat zur Genehmigung zu beantragen. Auf die weiteren Ausführungen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der in Buchstabe B folgenden Begründung eingegangen.

3.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat den Vertrag mit Blick auf Artikel 14 PüG² der Preisüberwachung zur Stellungnahme geschickt. Mit Schreiben vom 24. Januar 2011 hat diese mitgeteilt, dass sie aufgrund des im KVG vorgesehenen Verhandlungsprimats einerseits sowie ihrer Prioritätensetzung andererseits auf die Abgabe einer Empfehlung verzichtet.

B. Begründung

1.

Die zwischen Versicherern und Leistungserbringern abgeschlossenen Tarifverträge bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn sie in der ganzen Schweiz gelten sollen, durch den Bundesrat.³

¹ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

² Preisüberwachungsgesetz vom 20. Dezember 1985 (PüG; SR 942.20)

³ Art. 46 Abs. 4 KVG



Der vorliegende Vertrag vom 31. August 2010 gilt nicht für die ganze Schweiz, sondern nur für stationäre Behandlungen, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Suchtfachklinik Selhofen in Burgdorf durchgeführt werden. Der Regierungsrat des Kantons Bern ist daher zur Genehmigung des eingereichten Vertrags zuständig und tritt auf das Gesuch vom 30. November 2010 ein.

2.

Auf den 1. Januar 2009 sind teilweise neue Bestimmungen des KVG in Kraft getreten. Gemäss Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) müssen die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Artikel 49a KVG mit Einschluss der Investitionskosten spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein. Weiter regelt Absatz 4 dieser Übergangsbestimmungen, dass sich die Kantone und Versicherer bis zu diesem in Absatz 1 festgelegten Einführungszeitpunkt entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen beteiligen. Der Kanton Bern hat die neue Finanzierungsregelung noch nicht eingeführt. Daher stützt sich dieser Regierungsratsbeschluss hinsichtlich der Finanzierungsbestimmungen auf das KVG in der Fassung vor der Revision vom 21. Dezember 2007.

3.

Den zur Genehmigung beantragten neuen stationären Tarifen für das Jahr 2011 ist eine gegenüber den Vorjahren unveränderte Kostenbeteiligung der Krankenversicherer von 44 Prozent der anrechenbaren Kosten zu Grunde gelegt, so dass diejenige des Kantons ebenfalls unverändert 56 Prozent betragen soll. Zu prüfen ist, ob diese Kostenbeteiligungen angemessen sind.

Artikel 49 Absatz 1 KVG in der gemäss Ziffer 2 der Begründung anwendbaren Fassung bestimmt, dass die Parteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital Pauschalen vereinbaren. Diese decken für Kantonseinwohnerinnen und –einwohner bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Institutionen höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patientin oder Patient oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung.⁴

Die Rechtsprechung erachtet einen Kostendeckungsgrad von 44 Prozent als angemessen, wenn die eingereichten Unterlagen eine Kalkulation und eine Finanzbuchhaltung von guter Datenqualität umfassen.⁵ Auch gemäss den allgemeinen Empfehlungen der Preisüberwachung, welche in einer Publikation öffentlich zugänglich gemacht wurden, gelangt bei Institutionen, die eine Finanzbuchhaltung und eine Kalkulation mit guter Datenqualität einreichen, ein Kostendeckungsgrad von 44 Prozent zur Anwendung. Bei Vorliegen einer Kostenstellenrechnung und je nach Qualität und Verständlichkeit der Unterlagen, ist gemäss Preisüberwachung indes ein Kostendeckungsgrad zwischen 45 und 46 Prozent möglich. Ein Kostendeckungsgrad zwischen 47 und 50 Prozent wird sodann je nach Qualität und Nachvollziehbarkeit der Unterlagen bei Vorliegen einer Kostenträgerrechnung sowie einer vollständigen Leistungserfassung als angemessen beurteilt.⁶ Einen Deckungsgrad von 50 Prozent erachten die Rechtsprechung und die Preisüberwachung jedoch erst dann als gerechtfertigt, wenn vollständige Kostentransparenz besteht. Insbesondere soll sichergestellt werden, dass nur jene Kosten in die obligatorische Krankenpflegeversicherung einfließen, welche gemäss KVG anrechenbar sind. Deshalb sind die Anforderungen an die Datentransparenz hoch, namentlich auch an deren Qualität, Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit. Aus diesem Grund kommen

⁴ Art. 49 Absatz 1 KVG in der Fassung vor der Revision vom 21. Dezember 2007 (vgl. Begründung Ziffer 2)

⁵ Vgl. RKUV 4/2003 133f., E. 7.2 und Entscheid des Bundesrates vom 4. März 2005 betreffend Tarife für die stationäre Behandlung von obligatorisch krankenpflegeversicherten Patientinnen und Patienten in der swissana clinic meggen, S. 42

⁶ Vgl. Dokument „Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen“, Hrsg. Preisüberwacher, Dezember 2006, S. 32

die Rechtsprechung und die Preisüberwachung bei der Beurteilung der Einzelfälle grundsätzlich zu einem maximalen Kostendeckungsgrad von 48 Prozent.⁷

Die Stiftung Selhofen hat wie in den letzten Verhandlungen vor drei Jahren qualitativ gute und verständliche Berechnungsunterlagen auf der Basis der Finanzbuchhaltung eingereicht. Demnach sind die von der Preisüberwachung geforderten und von der Rechtsprechung bestätigten Voraussetzungen für einen Kostendeckungsgrad von 44 Prozent erfüllt. Der Regierungsrat kommt daher zum Schluss, dass die Parteien ihren Tarifberechnungen zu Recht eine unveränderte Kostenbeteiligung der Krankenversicherer in dieser Höhe zu Grunde gelegt haben.

4.

Im Anhang 1 des zur Genehmigung beantragten Vertrags vom 31. August 2010 haben die Parteien folgende Tagespauschalen für das Jahr 2011 vereinbart:

a) Für Entzugspatienten (1. – 40. Tag)	Fr. 252.--
b) Für Übergangspatienten (41. – 120. Tag)	
- Ambulante Behandlungskosten Pauschale zu Lasten Krankenversicherer	Fr. 97.--
- Anteil Lebenshaltungskosten zu Lasten Patient	Fr. 155.--

Bei der Genehmigung von Tarifen zwischen Versicherern und Leistungserbringern ist unter anderem auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife zu achten.⁸ Betreffend Tarifgestaltung halten Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe a und b KVV⁹ zudem fest, dass der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken darf (Bst. a) und dass er höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken darf (Bst. b).

Die gesetzliche Vorgabe der betriebswirtschaftlichen Bemessung der Tarife verankert somit das Prinzip einer aufwand- und verursachergerechten Leistungsentschädigung und will zudem verhindern, dass durch ineffiziente Betriebsführung entstandene Kosten auf die Krankenversicherung überwältzt werden.¹⁰

Zur Ermittlung der anrechenbaren Kosten im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 Satz 2 KVG ist im Wesentlichen auf die Betriebskosten abzustellen. Mit den anrechenbaren Kosten sind die Kosten des Spitals gemeint, für welches konkret ein Tarif gelten soll. Dabei ist auf tatsächlich erbrachte, nicht bloss auf fiktive zukünftige Leistungen abzustellen, ebenso auf die aktuellsten. Soweit vorhanden, sind Rechnungsdaten zu den Spitalkosten heranzuziehen. Es sind auch Kosten anrechenbar, die auf Budgetdaten basieren, sofern diese Kosten ausgewiesen sind und im Tarifjahr wirksam werden.¹¹

Aus den von den Vertragsparteien zugestellten Berechnungsunterlagen¹², mit welchen die Tarife berechnet werden, ergibt sich für den Regierungsrat betreffend die Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Bern folgender anrechenbare Aufwand nach Artikel 49 KVG:

⁷ Vgl. Entscheidung des Bundesrates vom 25. Juni 2008, a.a.o., S.11 und Preisüberwachung, a.a.o., S. 31

⁸ Art. 43 Abs. 4 KVG

⁹ Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102)

¹⁰ SBVR XIV-Meyer, Soziale Sicherheit; E Rz. 882

¹¹ Meyer, a.a.O.; E Rz. 909

¹² Finanz- oder Kostenrechnungen der Institutionen, Aufstellungen der nicht anrechenbaren Aufwände oder Kosten etc.

Ausgewiesener Betriebsaufwand gemäss Rechnung 2009 ¹³	in Fr. zu 100%	4'092'596
Abzüge von santésuisse (nicht anrechenbarer Investitionsaufwand ¹⁴ , Aufwand für Lehre und Forschung, Aufwandlimitierung u.a.) gemäss Spitaltaxmodell ¹⁵	in Fr.	-842'555
		<hr/>
Anrechenbarer Aufwand gemäss KVG aus der Rechnung 2009	in Fr. zu 100%	3'250'038
	in Fr. zu 44% ¹⁶	~1'430'017
		<hr/>
Anrechenbarer Aufwand gemäss KVG aus der Rechnung 2006	in Fr. zu 100%	3'163'572
	in Fr. zu 44%	~1'391'972
		<hr/>
Veränderung des anrechenbaren Aufwandes	in %	~2,7
		<hr/>
Tagespauschale ¹⁷ ab 2008	in Fr. zu 44%	246
Tagespauschale 2011	in Fr. zu 44%	252
Tariferhöhung	in %	~2,4
		<hr/> <hr/>

Die berechnete Tagespauschale für die stationäre Behandlung haben die beiden Parteien wie bereits in den letzten 12 Jahren sodann folgendermassen aufgeteilt: Bei Entzugspatienten und –patientinnen kann die ganze Tagespauschale von 252 Franken gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Rechnung gestellt werden. Medizinisch gesehen wird davon ausgegangen, dass die körperliche Entgiftung bis zu 40 Tage in Anspruch nehmen kann. Nach dem Entzug folgen in der stationären Behandlung eine Phase zur körperlichen und psychischen Stabilisierung sowie eine Phase zur Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf eine Lebensführung ohne Suchtmittel. Patientinnen und Patienten in diesen beiden Phasen bezeichnen die beiden Parteien als Übergangspatienten. Diese Phasen der Behandlung dauern bis zu 80 Tage. Bei den Übergangspatienten können für die auch ambulant durchführbaren und KVG-pflichtigen Leistungen 97 Franken pro Tag zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden. Für die restlichen nicht KVG-pflichtigen Leistungen können 155 Franken pro Tag zu Lasten der Patientin oder des Patienten in Rechnung gestellt werden.

Auf Grund der Prüfung der von den Parteien eingereichten Tarfberechnungsunterlagen (Finanzbuchhaltung, Aufstellungen der nicht anrechenbaren Aufwände, etc.) kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass die Parteien gestützt auf das vorliegende Zahlenmaterial den anrechenbaren Aufwand und die Tariferhöhung von 2,4 Prozent gegenüber den mit Regierungsratsbeschluss Nr. 2133 vom 16. Dezember 2009 genehmigten Tarifen korrekt ermittelt haben. Zudem hat sich die angewandte Aufteilung der Tarife in die verschiedenen Phasen des stationären Aufenthalts bewährt.

5.

Der Regierungsrat kommt zum Schluss, dass der vorliegende Vertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht und daher gemäss Artikel 46 Absatz 4 KVG genehmigt werden kann.

¹³ Die Tarfberechnungen für das Jahr x basieren jeweils auf den Kosten- bzw. Aufwandsdaten des Jahres x-2, vgl. Art. 9 Abs. 5 und Art. 15 VKL

¹⁴ Inkl. des Aufwandes für den Umzug der Klinik von Kehrsatz nach Burgdorf.

¹⁵ Das Spitaltaxmodell ist das offizielle Tarfberechnungsmodell von santésuisse und wird von der Preisüberwachung anerkannt. Darin sind u.a. auch die Art und Höhe der Abzüge definiert.

¹⁶ Kostendeckungsgrad von 44% gemäss Begründung Ziffer 3

¹⁷ Für das Jahr 2011 haben die Parteien neu eine Abgeltung pro Tag vereinbart. Die vereinbarte und am 16. Dezember 2009 durch den Regierungsrat genehmigte Nachtpauschale ab dem Jahr 2008 von Fr. 255.– entspricht einer Tagespauschale von Fr. 246.–.

6.

Für die Genehmigung von KVG-Tarifverträgen werden gemäss Dekret vom 15. Januar 1996 über die Gebühren des Grossen Rates und des Regierungsrates (GebD GR/RR; BSG 154.11) keine Verfahrenskosten erhoben.

C. Dispositiv

Gestützt auf die vorstehende Begründung wird

v e r f ü g t :

1. Der Vertrag vom 31. August 2010 zwischen santésuisse und der Stiftung Klinik Selhofen betreffend die stationäre Behandlung von Patienten und Patientinnen der Suchtfachklinik in Burgdorf wird genehmigt.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Ziffer 1 des Dispositives wird im Amtsblatt des Kantons Bern veröffentlicht.
4. Diese Verfügung wird santésuisse und der Stiftung Klinik Selhofen eröffnet und der Preisüberwachung mitgeteilt.

An die Gesundheits- und Fürsorgedirektion

Für getreuen Protokollauszug:

Der Staatsschreiber:



Rechtsmittelbelehrung

Gegen diese Verfügung kann innert 30 Tagen seit Eröffnung Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden. Sie ist doppelt einzureichen beim Bundesverwaltungsgericht, Abteilung III, Postfach, 3000 Bern 14, und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung der angefochtenen Verfügung und die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hält (Art. 53 KVG).