



Sitzung vom

22. Februar 2022

Mitgeteilt den

23. Februar 2022

Protokoll Nr.

129/2022

**Festsetzung der Referenztarife für ausserkantonale, stationäre Spitalleistungen  
(Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) gemäss Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> KVG ab  
1. Januar 2022**

**1. Ausgangslage**

- 1.1 Nach der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) versicherte Personen können für die stationäre Behandlung unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspitäler), frei wählen.

Der Wohnkanton einer Patientin oder eines Patienten und der jeweilige Versicherer übernehmen die Vergütung bei stationärer Behandlung in einem Listenspital ausserhalb des Wohnkantons gemäss Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> Satz 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

Lässt sich eine Bündner Patientin/ein Bündner Patient in einem Spital behandeln, welches keinen Leistungsauftrag des Kantons Graubünden hat, jedoch auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt ist, so haben der Kanton Graubünden und der Krankenversicherer den Tarif dieses Spitals zu vergüten. Sofern der Tarif des ausserkantonalen Spitals über dem Tarif liegt, der in einem Listenspital des Kantons Graubünden für die entsprechende Behandlung gilt, ist durch den Kanton Graubünden und den Versicherer nur dieser, bereits bestehende Tarif, zu vergüten. Dieser bereits bestehende Tarif eines Listenspitals des Wohnkantons wird als Referenztarif bezeichnet.

Die Differenz zum Tarif des behandelnden Spitals hat die Patientin oder der Patient beziehungsweise gegebenenfalls deren oder dessen Zusatzversicherung zu tragen.

- 1.2 Gemäss Beschluss der Regierung vom 24. August 2021 (Prot. Nr. 773/2021) übernimmt die öffentliche Hand 55 Prozent der Kosten der zwischen den kantonalen Listenspitälern und den Krankenversicherern für das Jahr 2022 geltenden Pauschalen für stationäre Behandlungen.

Die Beteiligung der öffentlichen Hand an der nach Referenztarifen zu bestimmenden Vergütung für ausserkantonale, stationäre Wahlbehandlungen richtet sich gemäss Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> KVG in Verbindung mit Art. 49a KVG und Art. 18 Abs. 1 des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz, KPG; BR 506.000) nach demselben von der Regierung festgelegten Prozentsatz.

## **2. Erwägungen**

- 2.1 Im KVG fehlt eine Zuständigkeitsregelung für die Festsetzung der Referenztarife. Diese Gesetzeslücke wurde vom Bundesverwaltungsgericht dahingehend geschlossen, dass es die Kantonsregierung als zuständig für die Festlegung der Referenztarife erklärt hat (vgl. BVGE 2013/17 E. 2.5 mit weiteren Hinweisen).

Die Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale, stationäre Behandlungen von Bündner Patientinnen und Patienten gemäss Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> KVG liegt demzufolge in der Zuständigkeit der Regierung.

- 2.2 Soweit für die gleiche Leistung unterschiedliche Tarife zwischen den Listenspitälern des Wohnkantons und den Krankenversicherern vereinbart beziehungsweise hoheitlich festgesetzt wurden, stellt sich die Frage, welcher dieser Tarife als Referenztarif für die entsprechenden ausserkantonalen Wahlbehandlungen anzunehmen ist.

In diesem Zusammenhang ist zu vergegenwärtigen, dass die Regelung in Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> KVG im Kontext der KVG-Revision betreffend die neue Spitalfinanzierung steht (vgl. BVGE 2013/17 E. 2.4.3 und 2.5). Mit dieser zielte der Gesetzgeber insbesondere auf eine Stärkung des interkantonalen Wettbewerbs sowie auf eine Kosteneindämmung zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab (vgl. Botschaft KVG-Revision vom 15. September 2004, BBl 2004 S. 5569 und 5587).

Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, den jeweils tiefsten für einen Leistungsbereich zwischen den Listenspitälern des Wohnkantons und den Krankenversicherern geltenden Tarif als Referenztarif für die entsprechenden ausserkantonalen Wahlbehandlungen festzulegen.

2.3 Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG haben die Tarifpartner für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital leistungsbezogene Pauschalen zu vereinbaren, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen.

#### 2.4 Referenztarif Akutsomatik

Unter der Tarifstruktur SwissDRG erfolgt die Abgeltung akutstationärer Leistungen durch OKP schweizweit einheitlich durch Fallpauschalen. In SwissDRG werden die Fälle einzelnen, möglichst homogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Cost Groups, DRG) zugeordnet. Der Basisfallwert bezeichnet den Betrag, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1.0 beträgt.

Die Bündner Regionalspitäler Oberengadin, Davos, Surselva, Valposchiavo, Schiers, Unterengadin, Thusis, Savognin, Val Müstair und Bregaglia haben sich für das Jahr 2022 mit den Krankenversicherern der tarifsuisse ag, der CSS Kranken-Versicherung AG sowie der Einkaufsgemeinschaft HSK AG auf eine Baserate von 9 685 Franken geeinigt.

Der Referenztarif für nicht medizinisch indizierte, ausserkantonale, stationäre Behandlungen im Bereich der Akutsomatik wird entsprechend ab dem 1. Januar 2022 auf 9 685 Franken festgelegt.

## 2.5 Referenztarife Psychiatrie

Unter der Tarifstruktur TARPSY erfolgt die Abgeltung psychiatrischer Leistungen durch die OKP mittels leistungsbezogener, degressiver Tagespauschalen. In TARPSY werden der Aufwand und die Leistung eines Spitals berücksichtigt, indem die Fälle anhand der Hauptdiagnose in möglichst kostenhomogene Kostengruppen (Psychiatric Cost Groups, PCG) unterteilt werden. Je nach PCG und Aufenthaltsdauer einer Patientin oder eines Patienten weist der Fall ein unterschiedliches Tageskostengewicht auf. Der Basispreis bezeichnet den Betrag, der im TARPSY-System pro Tag für einen Behandlungsfall mit einem Tageskostengewicht von 1.0 vergütet wird.

Zur Vergütung von stationären, psychiatrischen Behandlungen von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen in der allgemeinen Abteilung haben die Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) mit den Krankenversicherern der CSS Kranken-Versicherung AG und der Einkaufsgemeinschaft HSK AG für das Tarifjahr 2022 folgende Basispreise vereinbart:

|  | <b>CSS</b> | <b>HSK</b> |
|--|------------|------------|
| TARPSY-Basispreis Allgemeine Abteilung (Kostengewicht 1.0) | Fr. 695    | Fr. 697    |

Als Referenztarif für die Abgeltung von stationären, psychiatrischen Wahlbehandlungen von Bündner Patientinnen und Patienten in einem ausserkantonalen Spital ohne kantonalen Leistungsauftrag wird der zwischen den PDGR und den Krankenversicherern der CSS Kranken-Versicherung AG vereinbarte Basispreis von 695 Franken festgesetzt.

### 2.5.1 Referenztarif für forensische Psychiatrie

Gemäss Beschluss des Verwaltungsrats der SwissDRG AG vom 7. Dezember 2017 ist die Regelung der Finanzierung von eigenständigen, geschlossenen Forensikstationen im Bereich der Psychiatrie den Tarifpartnern überlassen. Demzufolge ist für die Abrechnung der entsprechenden von ausserkantonalen Spitälern erbrachten Leistungen im Bereich der Forensik ein separater Referenztarif zu bestimmen.

Zur Abgeltung von Psychiatrieleistungen in der forensischen Abteilung haben sich die PDGR mit den Krankenversicherern der CSS Kranken-Versicherung AG und der Einkaufsgemeinschaft HSK AG auf folgende separate Basispreise nach TARPSY geeinigt:

|   | <b>CSS</b> | <b>HSK</b> |
|---|------------|------------|
| TARPSY-Basispreis Forensik<br>(Kostengewicht 1.0) | Fr. 370    | Fr. 368    |

Als Referenztarif für die Vergütung von ausserkantonal erbrachten Leistungen im Bereich der stationären, forensischen Psychiatrie wird ab dem 1. Januar 2022 der zwischen den PDGR und den durch die Einkaufsgemeinschaft HSK AG vertretenen Krankenversicherern vereinbarte Basispreis von 368 Franken festgelegt.

### 2.6 Referenztarife Rehabilitation

Im Bereich der stationären Rehabilitation ist seit dem 1. Januar 2022 die neue gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur ST Reha gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG in der Version 1.0 anwendbar. Die Tarifstruktur ST Reha bildet grundsätzlich alle Fälle der stationären Rehabilitation ab. Die Tarifpartner haben jedoch vereinbart, dass die Vergütung von Fällen der Paraplegiologie sowie der Frührehabilitation während der Gültigkeitsdauer der Einführungsversion ST Reha über die Tarifstruktur SwissDRG oder alternative Tarife erfolgt.

Die Tarifstruktur ST Reha teilt die Patientenfälle anhand von erbrachten Leistungen, Hauptdiagnose, Nebendiagnosen (u.a. für Funktionseinschränkungen) und Alter in Rehabilitations-Kostengruppen (Rehabilitation Cost Groups, RCG) ein. Diese werden mittels Tagespauschalen in unterschiedlicher Höhe abgegolten. Der sogenannte Basisentgeltwert (Basispreis) bezeichnet den Betrag, der im ST Reha-System von der OKP pro Tag für einen Behandlungsfall mit einem Tageskostengewicht von 1.0 vergütet wird.

Für das Tarifjahr 2022 hat sich bisher einzig das Zürcher RehaZentrum Davos mit den Krankenversicherern vertraglich auf folgende Tarife einigen können:

|   | <b>tarifsuisse</b> | <b>CSS</b> | <b>HSK</b> |
|---|--------------------|------------|------------|
| ST Reha-Basispreis<br>(Kostengewicht 1.0) | Fr. 648            | Fr. 660    | Fr. 660    |

Entsprechend wird der Referenztarif für nicht medizinisch bedingte, ausserkantonale, stationäre Behandlungen im Bereich der Rehabilitation ab dem 1. Januar 2022 bis auf Weiteres auf 648 Franken festgesetzt.

- 2.7 Im Rahmen der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung hat der Gesetzgeber die Erforderlichkeit einer Zuständigkeitsregelung für die Festlegung des Referenztarifs übersehen. Dementsprechend sind Beschlüsse betreffend die Referenztarife auch nicht in Art. 53 Abs. 1 KVG aufgeführt.

Beschlüsse über die Referenztarife stehen in engem Zusammenhang mit den von den Kantonsregierungen gestützt auf Art. 46 Abs. 4 und Art. 47 KVG erlassenen und vom Bundesverwaltungsgericht zu überprüfenden Beschlüssen. Daher besteht für Beschlüsse über den Tarif im Sinne von Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> KVG die gleiche Zuständigkeitsordnung, wonach das Bundesverwaltungsgericht den Tarif als solchen und das Bundesgericht die Anwendung eines Tarifs im Einzelfall überprüft. Der vorliegende Beschluss ist somit beim Bundesverwaltungsgericht anfechtbar (siehe BVGE 2013/17 E. 2.6).

Gestützt auf Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> KVG, auf die Erwägungen und auf Antrag des Departements für Justiz, Sicherheit und Gesundheit

### **beschliesst die Regierung:**

1. Für ausserkantonale, stationäre Behandlungen gemäss Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) von Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Graubünden in Spitälern ohne Leistungsauftrag des Kantons Graubünden für die betreffende Behandlung, jedoch mit entsprechendem Leistungsauftrag des Standortkantons, werden bis auf Weiteres rückwirkend ab dem 1. Januar 2022 von der öffentlichen Hand und von den Krankenversicherern anteilmässig (55 Prozent öffentliche Hand/45 Prozent Krankenversicherer) die für das entsprechende Spital geltenden Tarife vergütet, höchstens aber die folgenden Referenztarife:

#### **Referenztarif Akutsomatik**

|                         |                     |           |
|-------------------------|---------------------|-----------|
| SwissDRG-Basisfallpreis | (Kostengewicht 1.0) | 9 685 Fr. |
|-------------------------|---------------------|-----------|

#### **Referenztarife Psychiatrie**

|                            |                     |         |
|----------------------------|---------------------|---------|
| TARPSY-Basispreis          | (Kostengewicht 1.0) | 695 Fr. |
| TARPSY-Basispreis Forensik | (Kostengewicht 1.0) | 368 Fr. |

#### **Referenztarif Rehabilitation**

|                    |                     |         |
|--------------------|---------------------|---------|
| ST Reha-Basispreis | (Kostengewicht 1.0) | 648 Fr. |
|--------------------|---------------------|---------|

2. Gegen diesen Entscheid kann in analoger Anwendung von Art. 53 KVG innert 30 Tagen seit der Mitteilung Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.

Die Beschwerde hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der Beschwerdeführerin oder des Beschwerdeführers oder deren Vertretung zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheids und die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Beschwerdeführerin oder der Beschwerdeführer sie in Händen hat.

3. Mitteilung an den Bündner Spital- und Heimverband BSH, Gürtelstrasse 56, 7000 Chur, an den Bündner Ärzteverein, Herr Dr. Marc Tomaschett, St. Martinsplatz 8, Postfach 619, 7001 Chur, an tarifsuisse ag, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn, an die Einkaufsgemeinschaft HSK AG, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf, an die CSS Kranken-Versicherung AG, Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern, an die Finanzkontrolle, an das Gesundheitsamt und an das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (zur Publikation des Beschlusses im Amtsblatt des Kantons Graubünden).



Namens der Regierung

Der Präsident:

Marcus Caduff

Der Kanzleidirektor:

Daniel Spadin