



Sitzung vom

16. April 2024

Mitgeteilt den

17. April 2024

Protokoll Nr.

324/2024

Referenztarife für ausserkantonale, stationäre Spitalleistungen

Festsetzung der Tarife Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie gemäss

Art. 41 Abs. 1bis KVG ab 1. April 2024

1. Ausgangslage

- 1.1 Personen, die über eine obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) verfügen, 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^{bis} 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 beziehungsweise 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 4. April 2023 (Prot. Nr. 254/2023) übernimmt die öffentliche Hand 55 Prozent der Kosten der zwischen den kantonalen Listenspitalern und den Krankenversicherern für das Jahr 2024 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^{bis} 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^{bis} KVG liegt demzufolge in der Zuständigkeit der Regierung.

- 2.2 Soweit für die gleiche Leistung unterschiedliche Tarife zwischen den Listenspitalern 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^{bis} 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 Listenspitalern des Wohnkantons und den Krankenversicherern geltenden Tarif als Referenztarif für die entsprechenden ausserkantonalen Wahlbehandlungen festzulegen.

2.3 Referenztarif Akutsomatik

Unter der Tarifstruktur SwissDRG erfolgt die Abgeltung akutstationärer Leistungen durch die 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 Stiftung Gesundheitsversorgung Oberengadin, Regionalspital Surselva AG, Spital Davos AG, Flury Stiftung, Gesundheit Mittelbünden, Center da sandà Engiadina Bassa, Centro sanitario Valposchiavo, Center da Sanadad Savognin SA, Center da sandà Val Müstair und Centro Sanitario Bregaglia haben sich für das Jahr 2024 mit der CSS Kranken-Versicherung AG auf eine SwissDRG-Baserate von 9 900 Franken geeinigt, mit der Einkaufsgemeinschaft HSK AG auf eine Baserate von 9 890 Franken.

Der Referenztarif für nicht medizinisch indizierte, ausserkantonale, stationäre Behandlungen im Bereich der Akutsomatik wird entsprechend ab dem 1. April 2024 bis auf Weiteres auf 9 890 Franken festgelegt.

2.4.1 Referenztarif 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 sich die Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) mit den Krankenversicherern der tarifsuisse ag, der CSS Kranken-Versicherung AG sowie der Einkaufsgemeinschaft HSK AG für das Tarifjahr 2024 auf folgende Basispreise geeinigt:

	tarifsuisse ag	CSS	HSK
Psychiatrische Dienste Graubünden	Fr. 696	Fr. 697	Fr. 697

Als Referenztarif für die Abgeltung von stationären, psychiatrischen Wahlbehandlungen von Bündner Patientinnen und Patienten in einem ausserkantonalen Spital ohne kantonalen Leistungsauftrag wird ab 1. April 2024 der zwischen den PDGR und den Krankenversicherern der tarifsuisse ag vereinbarte Basispreis auf 696 Franken festgesetzt.

2.4.2 Referenztarif 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 Psychiatricleistungen in der forensischen Abteilung haben sich die PDGR mit den Krankenversicherern auf folgende separate Basispreise nach TARPSY geeinigt:

	tarifsuisse ag	CSS	HSK
Psychiatrische Dienste Graubünden	Fr. 360	Fr. 363	Fr. 363

Als Referenztarif für die Vergütung von ausserkantonale erbrachten Leistungen im Bereich der stationären, forensischen Psychiatrie wird ab dem 1. April 2024 bis auf Weiteres der zwischen den PDGR und den durch die tarifsuisse ag vertretenen Krankenversicherern vereinbarte Basispreis auf 360 Franken festgelegt.

2.5 Referenztarif Rehabilitation

Im Bereich der stationären Rehabilitation gilt seit dem 1. Januar 2022 die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur ST Reha gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG. 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 2023 haben sich die Rehabilitationskliniken mit umfassendem Leistungsauftrag mit den Krankenversicherern der tarifsuisse ag, der CSS Kranken-Versicherung AG und der Einkaufsgemeinschaft HSK AG auf folgende Basispreise geeinigt:

	tarifsuisse ag	CSS	HSK
Stiftung Kliniken Valens (Standort Davos)	–	Fr. 675	Fr. 675
Hochgebirgsklinik Davos AG	Fr. 692	Fr. 692	Fr. 692
Center da sandà Egiadina Bassa	–	Fr. 661	Fr. 661

Entsprechend wird der Referenztarif für nicht medizinisch bedingte, ausserkantonale, stationäre Behandlungen im Bereich der Rehabilitation ab dem 1. April 2024 bis auf Weiteres auf 661 Franken festgesetzt.

- 2.6 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^{bis} 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^{bis} 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^{bis} des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) von Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Graubünden in Spitälern ohne Leistungsauftrag des Kantons Graubünden jedoch mit entsprechendem Leistungsauftrag des Standortkantons, werden bis auf Weiteres rückwirkend ab dem 1. April 2024 anteilmässig von der öffentlichen Hand und von den Krankenversicherern (55 Prozent öffentliche Hand / 45 Prozent Krankenversicherer) die jeweils für das entsprechende Spital geltenden Tarife vergütet, höchstens aber die folgenden Referenztarife:

Referenztarif Akutsomatik

SwissDRG-Baisfallpreis	(Kostengewicht 1.0)	Fr. 9 890
------------------------	---------------------	-----------

Referenztarife Psychiatrie

TARPSY-Basispreis	(Kostengewicht 1.0)	Fr. 696
TARPSY-Basispreis Forensik	(Kostengewicht 1.0)	Fr. 360

Referenztarif Rehabilitation

ST Reha-Basispreis	(Kostengewicht 1.0)	Fr. 661
--------------------	---------------------	---------

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, Hinterm Bach 40, 7000 Chur, an die tarifsuisse ag, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn, an die Einkaufsgemeinschaft HSK AG, Postfach, 8081 Zürich, an die CSS Kranken-Versicherung AG, Tribschenstrasse 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:

Der Kanzleidirektor:

Dr. Jon Domenic Parolini

Daniel Spadin