

Empfehlungen

8-4-2-0

27. Juni 2019

Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung – Psychiatrie und Rehabilitation

Ergänzung der Empfehlungen zur Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG, betreffend die Psychiatrie und die Rehabilitation

Verabschiedet durch den Vorstand GDK am 27. Juni 2019

1. Ausgangslage

Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG orientieren sich die Tarife der Spitäler an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Der Vorstand der GDK hat zuhanden der Kantone Empfehlungen zur Ermittlung der gesetzeskonformen Tarife der Spitäler erlassen. Diese dienen den Kantonen als Grundlage bei der Genehmigung von Tarifverträgen zwischen Spitälern und Versicherern gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG resp. der Festsetzung von Tarifen bei Fehlen eines Tarifvertrags (Art. 47 KVG). Diese Empfehlungen gelten grundsätzlich auch für die Leistungen der stationären Psychiatrie und Rehabilitation.

Im Bereich der stationären Psychiatrie wurde mit TARPSY per 1. Januar 2018 eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für die Erwachsenenpsychiatrie sowie per 1. Januar 2019 für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführt. Diese basiert auf leistungsbezogenen Tagespauschalen und deckt alle stationären Leistungsbereiche der Psychiatrie ab.

Hingegen besteht in der Rehabilitation noch keine national einheitliche Tarifstruktur und damit auch keine national allseits anerkannte Methodik zur Messung und Bereinigung des Schweregrads der Leistungen für einzelne Patient/innen.¹ Darüber hinaus fehlt auch eine einheitliche Einteilung in Leistungsbereiche (Fachgebiete). Diesem Umstand ist bei einzelnen Aspekten der Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung Rechnung zu tragen.

Die nachfolgenden Ausführungen zeigen auf, in welchen Punkten bei der Ermittlung der gesetzeskonformen Tarife in der Psychiatrie und der Rehabilitation von den Empfehlungen abzuweichen ist resp. welche zusätzlichen Überlegungen bei Wirtschaftlichkeitsvergleichen zu berücksichtigen sind. Die Ausführungen beziehen sich jeweils auf die einzelnen Kapitel der Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 27. Juni 2019 (Referenzdokument).

¹ ST Reha als leistungsbezogene Tarifstruktur für die Rehabilitation liegt erst in einer Vorversion vor.

2. Ergänzende / abweichende Empfehlungen für die Psychiatrie und die Rehabilitation

Kapitel 2.2 Herleitung der stationären benchmarkrelevanten Betriebskosten pro Spital

Auch für die Psychiatrie und die Rehabilitation gilt, dass zur Bestimmung der tarifrelevanten Kosten sämtliche anfallende Kosten in die Effizienzprüfung einzubeziehen sind. Dies betrifft auch die Kosten jener Leistungen, die im einzelnen Spital im Rahmen des stationären Aufenthalts allenfalls separat vergütet werden (z. B. Leistungen, welche nach den SVK-Verträgen separat vergütet werden). Die Sondervergütung ist erst nach Benchmarking aus den Tarifen herauszurechnen.

Kapitel 2.2.2 Sachliche Abgrenzung FIBU-BEBU, Bst. b) Anlagenutzungskosten

Werden Anlagenutzungskosten (ANK) nicht nach VKL ausgewiesen, ist anzunehmen, dass die entsprechenden Kostendaten nicht in ausreichender Qualität vorliegen. Die Streuung der ANK in der Rehabilitation und der Psychiatrie ist sehr hoch, erlaubt aber trotzdem – unter zusätzlichem Beizug von Erfahrungswerten aus dem Pflegeheimbereich – die Festlegung einer grosszügigen Bandbreite der ANK von CHF 40.- pro Pflage-tag bis 20 % der gesamten tarifrelevanten Kosten.²

Kapitel 2.2.3 Ausscheidung der nicht benchmarkrelevanten Kosten, Bst. c) Mehrkosten Hotellerie und andere Kostenkomponenten bei zusatzversicherten Patient/innen

Die Empfehlungen der GDK gehen davon aus, dass die Mehrkosten in Behandlung, Pflege und Hotellerie bei zusatzversicherten Patient/innen in der Kostenrechnung nicht ausreichend ausgeschieden werden können und deshalb ein normativer Abzug dieser Kosten unumgänglich ist. Angesichts der gegenüber der Akutsomatik in der Rehabilitation und Psychiatrie deutlich längeren Aufenthaltsdauern ist es sachgerecht, den Abzug nicht pro Fall vorzunehmen, gleichwohl aber die Höhe gestützt auf Daten mehrerer Kantone (Auswertung Austausch Kostendaten unter den Kantonen) normativ festzulegen.

In der Psychiatrie ergibt dies einen Normabzug von CHF 67.- pro Pflage-tag. In der Rehabilitation ist die Streubreite der tarifrelevanten Kosten unter den Leistungsbereichen grösser, weshalb sich dort ein prozentualer Normabzug in der Höhe von 9,8 % der tarifrelevanten Betriebskosten der halbprivat und privat versicherten Patient/innen empfiehlt.³ Die Daten geben keinen Anlass für differenzierte Abzüge für halbprivat und privat versicherte Patient/innen.

Kapitel 2.3 Bildung von Vergleichsmengen zum Vergleich der benchmarkrelevanten Betriebskosten

Das Vorliegen von effektiven TARPSY-Leistungsdaten (Anzahl Pflage-tage, Anzahl stationäre Fälle, Zusatzentgelte und Day Mix Index) in ausreichender Qualität ist die Grundvoraussetzung für die Bildung von Vergleichsmengen im Hinblick auf ein Benchmarking unter den Leistungserbringern. Diese Voraussetzung ist für die Erwachsenenpsychiatrie im Datenjahr 2018 und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Datenjahr 2019 zum ersten Mal erfüllt.

Für die Rehabilitation liegt heute noch keine schweizweit einheitliche Tarifstruktur vor, auf deren Basis ein Vergleich der Kosten von Spitälern mit unterschiedlichem Leistungsauftrag und Schweregrad der Patient/innen möglich ist. Gleichwohl hat gemäss KVG die Effizienzprüfung in allen Leistungsbereichen aufgrund von Betriebsvergleichen zu erfolgen.

Liegt keine schweizweit einheitliche Tarifstruktur mit Schweregradbereinigung vor, können nur jene Spitäler direkt miteinander verglichen werden, die über einen vergleichbaren Leistungsauftrag verfügen und bei denen keine Indizien für unterschiedliche Schweregrade (z. B. erheblich abweichende durchschnittliche Aufenthaltsdauern, Kliniken mit besonderer Spezialisierung → Indizien sind im Einzelfall zu begründen) innerhalb des gleichen Leistungsauftrags vorliegen. Kann eine solche Vergleichsgruppe gebildet werden,

² Für die Ermittlung der Ober- und Untergrenze wurde aus mittleren tarifrelevanten Kosten von CHF 800 pro Pflage-tag ausgegangen. Ein (vor 2012 normativer) ANK-Anteil von 10 % entspricht CHF 80, die Hälfte davon beträgt CHF 40, das Doppelte CHF 160, d. h. 20 % der tarifrelevanten Kosten. Mit der Angabe einer Obergrenze in % der Kosten lassen sich auch technologieintensivere Leistungsbereiche gut abdecken.

³ Der Abzug von 9,8 % für die Rehabilitation entspricht dem für die Akutsomatik ermittelten Durchschnittswert. Auch der Normabzug in der Psychiatrie von CHF 67.- pro Pflage-tag entspricht im Durchschnitt der Leistungserbringer rund 9,8 % der benchmarkrelevanten Betriebskosten.

ist auch in den Bereichen Psychiatrie und der Rehabilitation ein Benchmarkingansatz zur Bestimmung des relevanten Spitaltarifs anzuwenden.

Kann keine solche Vergleichsgruppe gebildet werden, ist eine Tarifierleitung aufgrund eines Benchmarkings nicht möglich. Der für die Tarifierung massgebliche Leitgedanke von Art. 49 Abs. 1 KVG (Entschädigung von effizient, günstig und in der notwendigen Qualität erbrachten Leistungen) gilt trotzdem. Dies bedeutet, dass auch bei Spitälern mit fehlender oder beschränkter Vergleichbarkeit zu prüfen ist, ob das zu beurteilende Spital als effizient und günstig im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG zu betrachten ist.

Mit folgenden Ansätzen können die spitalindividuellen Ausgangslagen und Kosten hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit kritisch geprüft werden.

- «Second Best»: Bei einer geringen Anzahl vergleichbarer Spitäler kann das zweitgünstigste Spital als sachgerechter Massstab für Wirtschaftlichkeit betrachtet werden.⁴
- Relation zu anderen Versorgungsstufen: Die Fall- oder Tageskosten sollten dem Schweregrad oder der Versorgungsstufe folgen: Spitäler mit einfacheren Behandlungen bzw. tieferer Versorgungsstufe sollten tiefere Fall- oder Tageskosten haben als Spitäler mit schwereren Behandlungen bzw. höherer Versorgungsstufe.
- Tarifvergleich/Plausibilisierung: Vergleiche mit genehmigten oder rechtskräftig festgesetzten Tarifen anderer Spitäler oder anderer Versicherer können sachgerecht sein. Bei der Plausibilisierung einer spitalindividuell ermittelten Tagespauschale mittels Tarifvergleich gilt es, die gesamten Umstände zu würdigen. Die Festsetzungsbehörde hat sowohl das Tarifbild, als auch mögliche Verzerrungsfaktoren sowie Indizien für höhere oder geringere Schweregrade gegenüber den Vergleichskliniken zu analysieren.⁵ Es dürfen keine Indizien vorliegen, wonach der Vergleichstarif wesentlich unter oder auch über den Kosten des betreffenden Leistungserbringers liegt. Da die Fallschwere nicht gemessen wird und allenfalls nur ungenau geschätzt werden kann, rechtfertigt sich die Berücksichtigung einer Sicherheitsmarge. Wie hoch die Sicherheitsmarge ist, liegt im Ermessen der Kantone.⁶
- Intertemporaler Vergleich: Die Kosten eines Spitals im betreffenden Jahr können mit jenen des Vorjahres verglichen werden. Die Preisüberwachung entwickelte diese Methode für jene Situationen, in denen ein Vergleich mit anderen Spitälern derselben oder anderer Versorgungsstufen nicht möglich ist. Eine jährliche Steigerung der Kosten pro Pflegetag von 1,5 % liegt im Rahmen dessen, was die Preisüberwachung noch für angemessen hält. Höhere Kostensteigerungen sind als unwirtschaftlich zu werten.⁷

Die Auswahl von Vergleichsspitälern sollte gestützt auf vergleichbare Leistungen, Versorgungsstufe u. Ä. und nicht durch positive Selektion erfolgen. Die ausgewählte Methodik ist nachvollziehbar zu begründen. Bei Spitälern mit mehreren Leistungsaufträgen hat die Wirtschaftlichkeitsprüfung wie auch eine allfällige Tariffestsetzung oder -genehmigung grundsätzlich pro Leistungsauftrag zu erfolgen.⁸ Mischtarife sind nur soweit sachgerecht, als sich die Tarifpartner darauf vertraglich einigen und die verschiedenen Leistungsaufträge ähnliche (wirtschaftliche) Tarife ergeben würden.

⁴ Abgestützt durch BVGer-Urteil C-6392/2014 (Kinderspital Zürich), E.6.5.

⁵ Vgl. BVGer-Entscheid C-3947/2016 (Berner Reha Zentrum und Berner Klinik Montana), E. 8.3.5 und 8.3.8

⁶ Im Fall Klinik Barmelweid hat das Bundesverwaltungsgericht die Sicherheitsmarge von 30 % als deutlich zu hoch gefunden, vgl. BVGE C-4479/2013, E 5.5 und 5.7.

⁷ Abgestützt durch BVGer-Entscheid C-2617/2014 (Klinik Susenberg), E. 10.1 und 12.5.

⁸ Siehe dazu auch: BVG-Entscheid C-2142/2013 (Felix-Platter-Spital), E. 18.6.