

21.067n: Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung)

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 29. August 2022 - neue Version zur Publikation durch die SGK-S

«Artikel 46a Absatz 3 – Antrag der SGK-S zu differenzierten Tarifen: Formulierungsvorschlag»

1 Ausgangslage und Auftrag

Am 1. Juni 2022 entschied der Nationalrat als Erstrat, im indirekten Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung) zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» die vom Bundesrat vorgeschlagene Bestimmung betreffend der Anpassung eines Tarifvertrags, der die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt (Art. 46a nKVG), mit dem folgenden Absatz 3 zu ergänzen: «Bei der Ausübung ihrer Befugnisse kann die zuständige Behörde nach den einzelnen Positionen der Tarifstruktur oder nach Gruppen von Leistungserbringern differenzierte Tarife genehmigen oder erlassen». Die SGK-S hat die Verwaltung beauftragt, diesen Absatz neu zu formulieren, indem eine Differenzierung nach Leistungserbringer(gruppen) und / oder nach Regionen vorgesehen wird.

2 Tarifrechtliches

Grundsätzlich bedeutet die Tarifautonomie im Bereich des KVG, dass die Tarifpartner beziehungsweise die festsetzende Behörde in Tarifverträgen unterschiedliche Tarife (z.B. Taxpunktwerte oder Baserates) vereinbaren bzw. festsetzen können. Vorbehalten bleiben die gesetzlichen Vorgaben betreffend nationale Tarifstrukturen (aktuell für stationäre Behandlungen sowie Einzelleistungstarife im ambulanten Bereich, zukünftig auch für ambulante Patientenpauschaltarifstrukturen). Zudem schreibt das KVG für die Vergütung von ambulanten Behandlungen keine bestimmte Tarifart vor. In Artikel 43 Absatz 2 KVG werden neben dem Einzelleistungstarif auch der Zeittarif und der Pauschaltarif genannt, wobei auch Kombinationen dieser drei Tarifarten denkbar sind. Dies bietet die Möglichkeiten, neben der Einzelleistungsvergütung auch andere Tariformen zu entwickeln. Bei den Pauschaltarifen wird in Artikel 43 Absatz 3 KVG festgehalten, dass diese als Patientenpauschale (z.B. als Fallpauschale) oder unabhängig von einer Behandlung als Versichertenpauschale ausgestaltet werden können. Ebenso lässt das KVG ausdrücklich Tarifverträge zwischen einzelnen Leistungserbringern und Versicherern zu. Es verpflichtet diese nicht zum Abschluss von Tarifverträgen zwischen den Verbänden der Versicherer und der Leistungserbringer und es verbietet ausdrücklich Vereinbarungen und Regelungen, welche die Vertragsfreiheit der Verbandsmitglieder einschränken (Art. 46 Abs. 3 KVG). Die Tarifpartner beziehungsweise die festsetzende kantonale Behörde können somit bereits heute eine Tarifierung nach Regionen und / oder Leistungserbringer(gruppen) in Betracht ziehen, dies unter Berücksichtigung der Grundsätze des KVG (namentlich betreffend einer betriebswirtschaftlichen Bemessung und einer sachgerechten Struktur nach Art. 43 Abs. 4 KVG und der Gewährleistung des Gebots der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nach Art. 46 Abs. 4 KVG).

Artikel 46a Absätze 1 und 2 nKVG enthält keine konkreten Vorgaben, wie die Anpassungen an einem Tarifvertrag, welcher die Anforderungen nach Artikel 46 Absatz 4 KVG nicht mehr erfüllt, zu erfolgen haben. Der zuständigen Behörde wird damit ein gewisser Ermessensspielraum zugeteilt. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass für eine allfällige Tariffestsetzung in einer solchen Konstellation gemäss der höchstgerichtlichen Rechtsprechung die Tarifgestaltungsgrundsätze genauso gelten wie für Tarifverträge (vgl. hierzu die Rechtsprechung des BVGer in C-4308/2007 vom 13.1.2010, E. 3.1, in Bezug auf kant. Ersatztarife). Dies hat auch für Anpassungen eines Tarifvertrages nach Artikel 46a nKVG zu gelten. Die Tariffestsetzung und -anpassung ist im Unterschied zur Tarifgenehmigung jedoch eine gestalterische Aufgabe, bei deren Wahrnehmung der festsetzenden Behörde ein Ermessensspielraum zukommen muss. In Bezug auf die kantonale Praxis wird betont, dass «die Behörde bei der Festsetzung des Ersatztarifs durchaus einen strengen Massstab anlegen darf und soll, geht es doch darum, den in Artikel 43 Absatz 6 KVG genannten Zielen nachzukommen (...), aber auch einen Anreiz zu schaffen, dass sich die Tarifpartner auf eine autonome Konfliktlösung besinnen» (BVGer, C-4308/2007 vom 13.1.2010, E. 3.2.).

3 Herausforderungen bei differenzierten Tarifen

Die Möglichkeit, Tarife nach Regionen, Leistungserbringer(gruppen), Leistungsangebot oder qualitativen Kriterien zu differenzieren, wurde in der Vergangenheit im Rahmen von diversen politischen Vorstössen und gesetzgeberischen Arbeiten bereits mehrfach erörtert. Dies namentlich im Rahmen der Ausarbeitung der Zulassungsvorlage¹ und somit im Kontext zur Steuerung beziehungsweise Beschränkung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich.

Es ist offen, ob eine Regulierung der Leistungserbringung beispielsweise bei Einzelleistungstarifen mittels Taxpunktwert-Differenzierungen tatsächlich wirksam ist. Mithin berücksichtigen Leistungserbringer nicht nur finanzielle Kriterien für ihren Entscheid, wo und wie sie ihre Tätigkeit ausüben möchten. Das soziale Umfeld, das Leisten von Notfalldienst, die Lebensqualität und die Möglichkeit von Teilzeitarbeit sind Faktoren, die in ihre Entscheidung ebenso einfließen. Die Erhöhung eines Tarifs muss sehr gewichtig sein, damit die anderen Entscheidungsfaktoren nur einen beschränkten Einfluss haben und die Leistungserbringer beispielsweise zu mehr Mobilität bereit sind.

Für die Patienten und Patientinnen und die Leistungserbringer kann die Differenzierung eines Einzelleistungstarifs zudem zu unerwünschten wirtschaftlichen Anreizen führen. Eine Versorgung, die in den Randregionen teurer ist als in den Städten, verleitet Patienten und Patientinnen dazu, sich in der Stadt behandeln zu lassen und benachteiligt immobile Patienten und Patientinnen.

Weiter kann eine Tarifierhöhung mit dem alleinigen Ziel, Ungleichgewichte der Gesundheitsversorgung in einer Region beziehungsweise in einem medizinischen Fachgebiet zu korrigieren, unter anderem im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot des KVG stehen.

So müssten die versicherten Personen bereit sein, mit ihren Prämien nicht nur den Tarif, der die Kosten der Leistungen deckt, zu finanzieren, sondern auch den Tarif, der beispielsweise Ärztinnen und Ärzte dazu veranlasst, sich in einer Randregion niederzulassen oder sich in einem weniger verbreiteten Fachgebiet auszubilden. Die Versorgungssteuerung sollte daher nicht über differenzierte Tarife erfolgen.

¹ Vgl. hierzu der Bericht des Bundesrats «Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten» in Erfüllung des Postulats 16.3000 SGK-S vom 3. März 2017 (Ziff. 4.4.) und die Botschaft des Bundesrates zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) (BBl 2018 3125, S. 3140).

Zudem verfügen nun die Kantone mit dem neuen Artikel 55a KVG über die Möglichkeit, Höchstzahlen für Ärzte/-innen nach medizinischen Fachgebieten oder Regionen festzulegen und somit über ein Steuerungsinstrument.

Schliesslich können kantonale oder regionale Tariffdifferenzierungen (z.B. kantonale Taxpunkt-werte) insbesondere nach Leistungserbringergruppen im Falle von nationalen Tarifstrukturen (Einzelleistungstarifstrukturen im ambulanten Bereich, Pauschaltarifstrukturen im stationären Bereich) zu einer Umgehung des Erfodernisses der Einheitlichkeit führen, womit ein potenzielles Spannungsfeld besteht. Im Sinne des KVG kann eine solche Differenzierung nur dann in Frage kommen, wenn eine Tarifstruktur die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt, insbesondere wenn die nationale Tarifstruktur Verzerrungen zwischen den Vergütungen für verschiedene Leistungsbereiche - und somit für Leistungserbringergruppen - aufweist und diesbezüglich nicht mehr sachgerecht wäre. Die Tariffdifferenzierung auf kantonaler Ebene kann in diesem Fall als Übergangslösung betrachtet werden, bis der Tarif wieder die gesetzlichen Anforderungen erfüllt. Dies ist auch die grundsätzliche Zielsetzung von Artikel 46a nKVG.

4 Fazit

Nach Ansicht des Bundesamtes für Gesundheit ist eine gesetzliche Grundlage für die Schaffung von differenzierten Tarifen (wie dies der Nationalrat in Art. 46a Abs. 3 nKVG vorsehen will) nicht zwingend notwendig. Dies aufgrund der Tatsache, dass der festsetzenden Behörde wie beschrieben ein gewisser Ermessensspielraum zukommt und diese grundsätzlich frei ist, wie und welche Tarifart sie festsetzen soll. In diesem Kontext ist sie jedoch auch an die Einhaltung der Tarifgestaltungsgrundsätze des KVG gebunden.

Um allfälligen Zielkonflikten zwischen differenzierten Tarifen und den Tarifgestaltungsgrundsätzen des KVG sowie den nationalen Tarifstrukturen Rechnung zu tragen, kann es jedoch trotzdem sinnvoll sein, eine explizite Grundlage für differenzierte Tarife zu schaffen. Diese müsste die Kriterien für differenzierte Tarife umschreiben. In Analogie zur subsidiären Kompetenz des Bundesrates für die Anpassung von Einzelleistungstarifstrukturen (Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG) kann als Eingriffskriterium eine fehlende Sachgerechtigkeit (einer nationalen Tarifstruktur) definiert werden. Ausgehend davon, dass gewisse Leistungsbereiche in einer nationalen Tarifstruktur nicht mehr der Sachgerechtigkeit genügen, müsste sich der Umfang des Eingriffes auf Leistungserbringergruppen oder medizinische Fachgebiete beziehen, welche davon betroffen sind. Ein differenzierter (kantonal) Taxpunkt看 zu einer nationalen Einzelleistungstarifstruktur darf aber nicht zu einer Umgehung der Kompetenzen des Bundesrates nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} KVG führen. Diese müssten vorgehen.

5 Konkreter Formulierungsvorschlag

Neuformulierung von Artikel 46a Absatz 3 nKVG:

«Bei der Ausübung ihrer Befugnisse kann die zuständige kantonale Behörde bei nationalen Tarifstrukturen, die sich nicht mehr als sachgerecht erweisen, differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringer festsetzen. Sie muss dabei allfällige Anpassungen des Bundesrates nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} berücksichtigen».

6 Differenzierte Tarife nach Regionen

Aus den in Ziffer 3 erwähnten Gründen wird eine Differenzierung der Tarife nach Regionen nicht vorgeschlagen, namentlich deswegen, weil dann eine gleiche Leistung für unterschiedliche Regionen im gleichen Kanton unterschiedlich viel kosten würde. Ist die SGK-S der Ansicht, dass dieses Kriterium trotzdem berücksichtigt werden soll, könnte Artikel 46a Absatz 3 nKVG folgendermassen formuliert werden:

«Bei der Ausübung ihrer Befugnisse kann die zuständige kantonale Behörde bei nationalen Tarifstrukturen, die sich nicht mehr als sachgerecht erweisen, differenzierte Tarife für bestimmte Regionen, medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringer festsetzen. Sie muss dabei allfällige Anpassungen des Bundesrates nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} berücksichtigen».