

Zeitlich flexibler Einbezug der Pflegeleistungen, Verhältnis von kantonalem Recht und Bundesrecht sowie nach Leistungserbringer differenzierte Vergütung

Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom 18. April 2023

Inhaltsverzeichnis

1	Zeitlich flexibler Einbezug der Pflegeleistungen	2
1.1	Auftrag	2
1.2	Kostentransparenz	2
1.3	Umsetzung der Pflegeinitiative	3
2	Verhältnis von kantonalem Recht und Bundesrecht	4
2.1	Auftrag	4
2.2	Spielraum für kantonale Regelungen	4
2.3	Fazit.....	5
3	Nach Leistungserbringer differenzierte Vergütung	6
3.1	Ausgangslage	6
3.2	Rolle der Kantone bei der Tarifierung	6
3.3	Zusätzliche Steuerung der Vergütung ausserhalb der Tarifierung.....	7

1 Zeitlich flexibler Einbezug der Pflegeleistungen

1.1 Auftrag

Anlässlich der Beratungen in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) vom 24. März 2023 wurde die Verwaltung beauftragt, einen Formulierungsvorschlag auszuarbeiten, damit der Beschluss des Ständerates so angepasst werden kann, dass die Kantone und weiteren betroffenen Akteure ab Inkrafttreten einer einheitlichen Finanzierung (drei Jahre nach Annahme der Reform) vier Jahre (insgesamt also sieben Jahre) Zeit haben, um eine einheitliche und transparente Kosten- und Datenbasis in der Langzeitpflege zu erstellen. Die Kantone sollen in derselben Frist eine einheitliche und transparente Definition zur Abgrenzung der Kosten für Pflegeleistungen, die für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) relevant sind, von denjenigen für nicht OKP-relevante Betreuungsleistungen erstellen.

Nach abgelaufener Frist soll der Bundesrat entscheiden, ob die Anforderungen in sämtlichen Kantonen erfüllt sind. Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann der Bundesrat die Integration der Langzeitpflege in die einheitliche Finanzierung beschliessen. Der Einbezug der Pflege soll zudem erst erfolgen, wenn die Volksinitiative für eine starke Pflege («Pflegeinitiative») vollständig umgesetzt ist. Dieses Anliegen könnte in den Schlussbestimmungen des Änderungserlasses geregelt werden. Es könnte vorgesehen werden, dass der Bundesrat das Inkrafttreten des Einbezugs der Pflegeleistungen bestimmt, abhängig davon, dass gewisse Bedingungen erfüllt sind.

1.2 Kostentransparenz

Das wesentliche Kriterium, damit die Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung einbezogen werden können und an das bei der Formulierung der Schlussbestimmungen angeknüpft werden könnte, ist das Vorliegen von Tarifen, die den Anforderungen des Gesetzes entsprechen. Diese Tarife müssen betriebswirtschaftlich bemessen und sachgerecht strukturiert sein, sowie nur die Kosten einer effizienten Leistungserbringung decken. Sie müssen sich also auf einheitliche und transparente Datengrundlagen stützen können. Die Verbände der Leistungserbringer haben in der Vergangenheit bereits Ansätze entwickelt, die Vorgehensweise bei der Erstellung von Kostenrechnungen zu vereinheitlichen. Diesen Ansätzen fehlt aber bis anhin die Verbindlichkeit für sämtliche Kantone und Leistungserbringer, so dass momentan keine einheitliche Datenbasis vorliegt.

Mit Artikel 50 KVG soll im Beschluss des Ständerates die Grundlage geschaffen werden, damit der Bund nicht nur für Pflegeheime, sondern auch für ambulant erbrachte Pflegeleistungen eine einheitliche, für alle Kantone und Leistungserbringer verbindliche Struktur für die Kostenrechnung festlegen kann. Damit diese bereits vor dem Einbezug der Pflegeleistungen allgemein verbindlich ist und mit den damit generierten Daten Tarife erarbeitet werden können, wäre es möglich, das Inkrafttreten von Artikel 50 vorzuziehen und in einer Übergangsbestimmung vorzusehen, dass bis zur Aufhebung von Artikel 25a der Versicherer in Abweichung von Artikel 50 Absatz 1 die Leistungen im Pflegeheim und bei ambulanter Krankenpflege nach Artikel 25a vergütet.

Eine solche Regelung hätte den Vorteil, dass die Kantone und auch Leistungserbringer einen zusätzlichen Anreiz zur Beschleunigung der notwendigen Arbeiten erhielten, so dass die Anforderungen an die Kostentransparenz und Tarife möglichst bald erfüllt sind. Solange sie nicht erfüllt sind, wären die Kantone weiterhin für die Restfinanzierung verantwortlich. Wenn die Erarbeitung und Verhandlung der Tarife von anderer Seite über Gebühr verzögert würde, obwohl die notwendige Datenbasis dafür vorhanden ist, müssten die Genehmigungsbehörden die Tarife festsetzen, so wie dies generell der Fall ist, wenn keine Einigung und kein Tarif zustande kommt.

1.3 Umsetzung der Pflegeinitiative

Die erste Etappe der Umsetzung der Pflegeinitiative wurde mit dem Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege bereits vom Parlament verabschiedet. Der Bundesrat hat am 25. Januar 2023 die Eckpunkte der zweiten Etappe der Umsetzung der Pflegeinitiative verabschiedet, mit denen insbesondere die Arbeitsbedingungen und die Möglichkeit der beruflichen Entwicklung in der Pflege verbessert werden sollen. Dazu soll ein neues Bundesgesetz über anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen in der Pflege geschaffen und das Gesundheitsberufesgesetz (SR 811.21) revidiert werden. Die Vernehmlassung zu diesen beiden Gesetzesprojekten wird bis Ende April 2024 eröffnet werden. Ausserdem soll mit den relevanten Akteuren - im Rahmen von Rundtisch-Gesprächen – die angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen vertieft und die Möglichkeiten der Leistungserbringer in diesem Bereich erörtert werden.

Der aufgrund der Annahme der Pflegeinitiative eingeführte Artikel 117b der Bundesverfassung (BV; SR 101) verschiebt die Kompetenzen zwischen Bund, Kantonen und Arbeitgebern nicht. Es sind daher, wie der Bundesrat in seiner Antwort zur Interpellation 22.3488 Gysi «Sofortmassnahmen für den Personalerhalt in der Pflege sind dringend» festgehalten hat, alle Akteure, namentlich auch die Kantone, die Leistungserbringer, die Sozialpartner (Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften) und die Kostenträger, gefordert, die Umsetzung der Massnahmen, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, rasch voranzutreiben.

Die Kantone, Leistungserbringer und Kostenträger spielen bei der Umsetzung der Pflegeinitiative neben dem Bund also eine zentrale Rolle. Im Rahmen der Umsetzung der zweiten Etappe der Pflegeinitiative wird der Bund beispielsweise zusammen mit den Kantonen unter anderem analysieren, ob die Umsetzung der arbeitsrechtlichen Bestimmungen im Gesundheitsbereich optimiert werden kann. Damit ist aber auch gesagt, dass die Geschwindigkeit der Umsetzung der Pflegeinitiative nicht allein von den Bemühungen des Bundes abhängt.

Wenn vorgesehen würde, dass die Pflegeleistungen erst in eine einheitliche Finanzierung einbezogen werden, wenn die Pflegeinitiative umgesetzt ist, also die beiden erwähnten Etappen auf Bundesebene verabschiedet und auch von den weiteren betroffenen Akteuren die notwendigen Massnahmen ergriffen wurden, böte dies den an einem Einbezug interessierten Kantonen und Leistungserbringern beziehungsweise Arbeitgebern einen zusätzlichen Anreiz, sich für eine rasche Umsetzung der sie betreffenden Massnahmen einzusetzen. Ein Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung ist frühestens auf den 1. Januar 2032 hin vorgesehen. Bis dahin sollte die nötigen Massnahmen zur Umsetzung der Pflegeinitiative ergriffen werden können. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass der Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung durch eine solche Bestimmung verzögert würde.

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegeinitiative, namentlich der geforderten angemessenen Abgeltung der Pflegeleistungen, und einem Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung ist auch von Bedeutung, dass die Vergütung der Pflegeleistungen durch die OKP durch Tarife erfolgen würde. Diese orientieren sich an der Entschädigung jener Leistungserbringer, welche die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Wenn die transparent ausgewiesenen Kosten einer effizienten Leistungserbringung steigen, beispielsweise wegen höheren Personalkosten, vermehrtem Personaleinsatz oder in Erfüllung von regulatorischen Vorschriften, dann können in der Folge auch die Tarife steigen, soweit sie zuvor ebenfalls nur die effizienten, transparent ausgewiesenen Kosten gedeckt hatten. Die Tarife werden von den Tarifpartnern ausgehandelt und von den zuständigen Behörden genehmigt. Kommt keine Einigung zustande, setzt die Genehmigungsbehörde den Tarif fest. Den Versicherern ist es nicht möglich, einen nach einer eventuellen Beschwerde gerichtlich überprüften und rechtskräftig gewordenen, vom Kanton oder in gewissen Fällen vom Bund genehmigten oder festgesetzten Tarif zu übersteuern.

2 Verhältnis von kantonalem Recht und Bundesrecht

2.1 Auftrag

Anlässlich der Beratungen der SGK-N vom 24. März 2023 wurde die Frage gestellt, ob die Kantone mit einer einheitlichen Finanzierung weiterhin und neu auch im ambulanten Bereich die Möglichkeit hätten, in kantonalem Recht Bestimmungen zu erlassen, welche eine Kontrolle der Verwendung von kantonalen Steuermitteln durch Dritte erlauben.

Der Kanton Waadt beispielsweise sieht im « Loi sur le Contrôle des finances » vom 12. März 2013 vor, dass die kantonale Finanzkontrolle die Verwendung aller öffentlichen Gelder kontrolliert, indem sie sich insbesondere versichert, dass die Grundsätze der Rechtmäßigkeit, der Ordnungsmäßigkeit und der Wirksamkeit eingehalten werden. Dieser Kontrolle unterstellt sind unter anderem sämtliche natürlichen oder juristischen Personen, denen der Kanton direkt oder auch indirekt eine Subvention oder einen anderen Beitrag entrichtet. Einrichtungen wie Spitäler, Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, welche direkt oder indirekt vom Staat mitfinanziert werden, unterliegen heute somit der betreffenden kantonalen Finanzkontrolle. Mit einer einheitlichen Finanzierung würden weitere Leistungserbringer indirekt, also über die Versicherer, Beiträge des Kantons erhalten und damit grundsätzlich von den Bestimmungen des Kantons Waadt zur Finanzkontrolle erfasst.

2.2 Spielraum für kantonale Regelungen

Die Kantone sind grundsätzlich frei, Regelungen zu treffen, soweit sie nicht dem Bundesrecht widersprechen. Gemäss Artikel 117 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft erlässt der Bund Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung. Die Kantone dürfen in diesem Bereich nur soweit gesetzliche Regelungen erlassen, als der Bund einen Sachverhalt nicht bereits abschliessend geregelt hat.

Mit der heutigen Finanzierung von Spitalleistungen prüfen die Kantone direkt, ob die im KVG festgeschriebenen Voraussetzungen für die anteilmässige Übernahme der Vergütungen vorliegen. Im Tarifvertrag zur Einführung der Tarifstruktur SwissDRG haben die Kantone allerdings die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung den Versicherern übertragen und die Kantone haben erklärt, auf den parallelen Aufbau einer analogen Prüfstruktur zu verzichten. Die Kantone konzentrieren sich bei ihrer Prüfung auf das Vorliegen der formalen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme (z. B. Leistungsauftrag). Es ist also bereits heute fraglich, inwieweit die Kantone die Möglichkeit haben, die Kostenübernahme (teilweise) auf gerichtlichem Weg zu verweigern, wenn sie der Ansicht sind, dass die formalen Voraussetzungen zwar erfüllt sind, die Wirtschaftlichkeit der Leistung im Einzelfall aber nicht gegeben ist. In jedem Fall gilt, dass für die Frage, ob der Kanton die Kosten mitfinanzieren muss, die Voraussetzungen des KVG verbindlich sind und dass der Kanton die Kostenübernahme nicht von zusätzlichen, KVG-fremden Bedingungen abhängig machen kann.

Mit einer einheitlichen Finanzierung gäbe es im Bereich der KVG-Leistungen keine direkten Finanzflüsse zwischen Kanton und Leistungserbringern mehr. Der Kanton würde die Steuermittel als Beitrag an die gemeinsame Einrichtung überweisen, die Versicherer sämtliche Leistungserbringer nach KVG vergüten. Die Prüfung der Voraussetzungen für die Kostenübernahme und insbesondere der Wirtschaftlichkeit wäre Aufgabe der Versicherer, mit dem Beschluss des Ständerates hätten die Kantone aber die Möglichkeit, die Kostenübernahme bei Nichterfüllung der formalen Voraussetzungen wie heute zu verweigern. Die Kantone hätten somit nicht die Kompetenz, in kantonalem Recht eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall vorzusehen, die sich auf den Betrag auswirken würde, den sie nach dem KVG den Versicherern schulden.

Von der Bundesregelung des Kantonsbeitrags im KVG nicht tangiert ist allerdings erstens die Kompetenz der Kantone zur Kontrolle des Einsatzes von kantonalen Mitteln, welche ausserhalb der Bestimmungen des KVG an die zugelassenen Leistungserbringer geleistet werden (z. B. gemeinwirtschaftliche Leistungen).

Zweitens sind von einer einheitlichen Finanzierung auch die kantonalen Kompetenzen im Bereich der Zulassung von Leistungserbringern nach KVG nicht betroffen. Hier haben die Kantone im Bereich der Spitalplanungen Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzunehmen. Im Bereich der ambulanten Leistungserbringer muss neben der Erfüllung der Bundesvorgaben auch eine Zulassung nach kantonalem Recht vorliegen.

Hinzu kommt drittens die kantonale Kompetenz zur Überprüfung der Einhaltung der Berufspflichten nach Artikel 40 und 41 des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG; SR 811.11), Artikel 16 und 17 des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe (GesBG; SR 811.21) sowie Artikel 27 und 28 des Bundesgesetzes über die Psychologieberufe (PsyG; SR 935.81). Zu diesen Berufspflichten zählen unter anderem auch eine sorgfältige und gewissenhafte Ausübung des Berufs, ein Handeln unabhängig von finanziellen Vorteilen und eine Mitwirkung an Notfalldiensten nach Massgabe der kantonalen Vorschriften. Wenn ein Leistungserbringer ein auffälliges Abrechnungsverhalten aufweist, könnte dies beispielsweise ein Hinweis auf eine Verletzung der Berufspflichten sein.

Die Kantone sind für die Zulassung der Leistungserbringer nach KVG sowie für die Aufsicht über die Einhaltung der Berufspflichten nach MedBG, GesBG und PsyG zuständig. Dafür treffen sie die nötigen Massnahmen. Soweit es heute zulässig ist, die Zulassung zur Leistungserbringung zulasten der OKP davon abhängig zu machen, dass gewisse Bedingungen erfüllt sind, etwa eine wirtschaftliche Leistungserbringung, wird dies auch mit einer einheitlichen Finanzierung weiterhin zulässig sein. Auch die Zulässigkeit eventueller Sanktionen bei Nichterfüllung von solchen Bedingungen wird durch eine einheitliche Finanzierung nicht tangiert.

2.3 Fazit

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass ein Kanton vorsehen kann, dass die Leistungserbringer, welche zulasten der OKP Leistungen erbringen, als Empfänger von kantonalen Mitteln und Subventionen der kantonalen Finanzkontrolle unterstehen. Mit einer einheitlichen Finanzierung würde dies neu auch für Leistungserbringer im ambulanten Bereich gelten.

Die Pflicht des Kantons zur Leistung einer Mitfinanzierung oder eines finanziellen Beitrags ergibt sich heute wie auch mit einer einheitlichen Finanzierung aber aus den Grundsätzen des KVG und kann durch kantonales Recht nicht übersteuert werden. Die Kantone sind zur Leistung eines finanziellen Beitrags verpflichtet, wenn die bundesrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die Kantone können heute und mit dem Beschluss des Ständerats auch mit einer einheitlichen Finanzierung überprüfen, ob die formalen Voraussetzungen im stationären Bereich erfüllt sind. Die Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) im Einzelfall ist Aufgabe der Versicherer. Mit einer einheitlichen Finanzierung könnte der Kanton nicht mit Verweis auf nicht erfüllte WZW-Kriterien im Einzelfall die Kostenübernahme verweigern. Es ist aber auch fraglich, inwieweit der Kanton diese Möglichkeit heute hat.

Von einer einheitlichen Finanzierung nicht betroffen sind sämtliche Kompetenzen und Sanktionsmöglichkeiten, die der Kanton gestützt auf die Zulassung der Leistungserbringer und die Aufsicht über die Einhaltung der Berufspflichten hat. Soweit eine finanzielle Einsichtnahme bei den Leistungserbringern zu diesen Zwecken heute nach kantonalem Recht zulässig ist, wird sich daran mit einer einheitlichen Finanzierung nichts ändern.

3 Nach Leistungserbringer differenzierte Vergütung

3.1 Ausgangslage

Ein weiterer Antrag wünscht, dass der Kanton die Möglichkeit haben soll, seinen Beitrag pro Leistungserbringer entsprechend seiner Beteiligung an der vom Kanton definierten medizinischen Grundversorgung, Notfallversorgung und Einhaltung der Vorschriften über die Arbeitsbedingungen zu differenzieren. Der Beitrag des Kantons soll aber nicht weniger als 10 Prozent der nach Tarif geschuldeten Vergütung betragen. Die Absicht dabei ist nicht, dass der Versicherer seinen Beitrag im Gegenzug erhöht, sondern die Vergütung des Leistungserbringers insgesamt soll reduziert oder erhöht werden. Insgesamt soll der Leistungserbringer also minimal 83,1 Prozent (einheitliche Finanzierung mit Pflege) beziehungsweise 85,5 Prozent (einheitliche Finanzierung ohne Pflege) der Vergütung nach Tarif erhalten. Wenn die Summe der je nach Leistungserbringer differenzierten Beiträge des Kantons den Durchschnittssatz von je nachdem 26,9 (mit Pflege) oder 24,5 Prozent (ohne Pflege) nicht erreicht, soll die gemeinsame Einrichtung dem betreffenden Kanton die fehlenden Beträge in Rechnung stellen und sie unter den Versicherern aufteilen.

Die Beteiligung der Leistungserbringer an der Grundversorgung und der Notfallversorgung ist essenziell. Diese Beteiligung ist mit Kosten verbunden, für welche die Leistungserbringer abgegolten werden. Sonst bestünde die Gefahr, dass die Leistungserbringer die Bereitstellung dieser unverzichtbaren Leistungen vernachlässigen. Entsprechend ist unbedingt darauf zu achten, dass die Leistungserbringer angemessen für solche Leistungen abgegolten werden.

3.2 Rolle der Kantone bei der Tarifierung

Die Tarife der OKP müssen betriebswirtschaftlich bemessen sein, eine sachgerechte Struktur aufweisen und sich an der Entschädigung jener Leistungserbringer orientieren, welche die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Soweit für die Leistungserbringung notwendig, fliessen auch die Kosten für die Grund- und Notfallversorgung in die Tarife ein.

Die Kantone sind darüber hinaus für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zuständig. Die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist entsprechend Sache der Kantone. Würden solche Leistungen (teilweise) auch über die OKP finanziert, bestünde die Gefahr, dass die Kantone die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Gegenzug reduzieren. Damit würde der steuerfinanzierte Anteil am gesamten Gesundheitswesen (also über den KVG-Bereich hinaus) auf Kosten der Prämienzahlenden weiter sinken.

Die Einhaltung von kantonalen Vorschriften beispielsweise zu Arbeitsbedingungen wiederum ist eine Grundvoraussetzung, um überhaupt vom Kanton zur Erbringung von Leistungen im Gesundheitswesen (also auch ausserhalb der OKP) zugelassen zu sein. Werden solche kantonalen Vorschriften nicht eingehalten, hat der Kanton die Möglichkeit, im kantonalen Recht dafür zu sorgen, dass fehlbare Leistungserbringer sanktioniert werden.

Die Vergütung der Leistungen innerhalb der OKP erfolgt nach Tarifen, an deren Gestaltung die Kantone massgeblich beteiligt sind. Erstens ist im Beschluss des Ständerats zur einheitlichen Finanzierung vorgesehen, dass die Kantone in den Tariforganisationen Einsitz nehmen, welche die Tarifstrukturen für stationäre Leistungen, ambulante (ärztliche) Behandlungen und Pflegeleistungen entwickeln und pflegen. Zweitens muss der Kanton jeden Tarif, der von den Tarifpartnern spezifisch für sein Kantonsgebiet ausgehandelt wird, genehmigen. Falls keine Einigung auf einen Tarif gelingt, setzt ihn der Kanton fest.

Drittens ist im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative (21.067) mit einem neuen Artikel 46a vorgesehen, dass der Kanton bei einem Tarif, der in der Zwischenzeit nicht mehr sachgerecht ist, die Tarifpartner mit einer Neuaushandlung beauftragen kann. Gelingt keine Einigung, kann auch hier der Kanton den Tarif festsetzen. Sowohl National- wie auch Ständerat sahen zudem vor, dass der Kanton nach Gruppen von Leistungserbringern differenzierte Tarife festsetzen kann.

Es gibt also bereits heute keine Tarife, die einzig in einem Kanton gelten, aber nicht von diesem Kanton genehmigt oder festgesetzt wurden. Nur bei Tarifverträgen, die für die ganze Schweiz gelten sollen, ist der Bundesrat für die Genehmigung zuständig. Der Kanton kann bei der Tarifgenehmigung und -festlegung berücksichtigen, inwieweit die Tarifstrukturen die Kostenbasis des Leistungserbringers abbilden. So erhalten Universitätsspitäler typischerweise höhere Tarife zugesprochen als andere Spitäler. Die Kantone sind bei der Tarifgenehmigung und -festsetzung an die Grundsätze des KVG gebunden.

Namentlich der mit dem indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative (21.067) von beiden Räten vorgesehene neue Artikel 46a Absatz 3 gibt den Kantonen ein Instrument, um eine nach Gruppen von Leistungserbringern differenzierte Vergütung vorzusehen, wenn die Tarifstruktur nicht mehr oder noch nicht eine sachgerechte Abbildung der Leistungskosten dieser Gruppen ermöglicht.

3.3 Zusätzliche Steuerung der Vergütung ausserhalb der Tarifierung

Da bereits Instrumente für eine sachgerechte Vergütung vorhanden und weitere vorgesehen sind, die es dem Kanton erlauben, eine differenzierte Vergütung der Leistungserbringer festzulegen, erscheint ein weiteres Instrument für den Kanton nicht zwingend. Zudem würde sich auch die Frage stellen, wofür die aufwändigen Tarifverhandlungen und Genehmigungsprozesse durchgeführt werden sollen, wenn der Kanton am Ende die von ihm selbst oder in gewissen Fällen vom Bundesrat genehmigten oder festgesetzten Tarife übersteuern können soll, indem ein weiterer Zu- oder Abschlag auf diesen Tarifen vorgenommen wird.

Falls dennoch ein weiteres Instrument für den Kanton geschaffen werden soll, könnte am Ehesten ein neuer Artikel 51a ins Auge gefasst werden. Dort könnte festgelegt werden, dass ein Kanton je nach Beteiligung eines Leistungserbringers an der vom Kanton definierten medizinischen Grund- und Notfallversorgung maximal beispielsweise 15 Prozent der Vergütung nach Tarif zurückfordern kann. Diese Rückforderungen müsste der Kanton vollumfänglich an Leistungserbringer ausschütten, die mit Blick auf diese Kriterien besser abschneiden.¹ Damit würden allerdings teilweise KVG-fremde Kriterien über den Umfang der Vergütung nach KVG mitentscheiden. Den betroffenen Leistungserbringern müsste zudem ein Rechtsweg gegen eine solche Verfügung des Kantons offenstehen. Wie bei ähnlichen Entscheiden des Kantons könnte dafür eine Beschwerdemöglichkeit beim Bundesverwaltungsgericht vorgesehen werden. Dafür wäre Artikel 53 zu ergänzen.

¹ Da der Kanton seinen Beitrag nicht direkt dem Leistungserbringer überweist, sondern die Vergütung monistisch über die Versicherer erfolgt, sollte die Abwicklung einer Korrektur der Vergütung idealerweise direkt und nachträglich zwischen Kanton und Leistungserbringer erfolgen. Weil das Leistungsvolumen der einzelnen Leistungserbringer nicht im Voraus bekannt ist, wäre es sonst nicht möglich, zu gewährleisten, dass die Vergütung über alle Leistungserbringer hinweg gerade 100 Prozent des eigentlich geltenden Tarifs entspricht. Und sonst müsste der Kanton sämtliche Versicherer über die faktischen «endgültigen» Tarife der einzelnen Leistungserbringer inklusive der vom Kanton vorgenommenen Zu- und Abschläge informieren. Diese «endgültigen» Tarife müssten als Kostenbeteiligung auch den versicherten Personen in Rechnung gestellt werden.