



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Bundesratspraxis

der Tarifentscheide

von lic. iur. Heinz Salzmann

Dienststelle für Gesundheitswesen
Ave. du Midi 7
1950 Sitten (VS)
heinz.salzmann@admin.vs.ch

Dezember 2003

| | |
|---|-----------|
| A. STATIONÄRER AKUTBEREICH..... | 3 |
| 1. Bestimmung der anrechenbaren Kosten..... | 3 |
| <i>Kosten der ambulanten Abteilung</i> | 3 |
| <i>Langzeitpatienten</i> | 3 |
| <i>Halbprivat-/ Privatabteilung</i> | 3 |
| <i>Betriebskostenanteile aus Überkapazität.....</i> | 4 |
| <i>Investitionen bei öffentlichen und öffentlich-subventionierten Betrieben</i> | 4 |
| <i>Investitionskosten bei Privatspitälern</i> | 4 |
| <i>Lehre und Forschung</i> | 5 |
| <i>Kosten für Löhne und Honorare</i> | 5 |
| <i>Berücksichtigung der Teuerung</i> | 5 |
| <i>Verzinsung des Umlaufvermögens</i> | 6 |
| <i>Gruppentaxen</i> | 6 |
| <i>Zusatz- und Separatverrechnungen</i> | 6 |
| 2. Bestimmung des Kostendeckungsgrades | 6 |
| 3. Benchmarking..... | 7 |
| 4. Kostenneutralität beim Wechsel des Tarifmodells | 8 |
| 5. Subventionierung | 8 |
| 6. Nicht subventionierte Privatspitäler..... | 9 |
| B. AMBULANTE TARIFE | 10 |
| <i>SLK-TPW.....</i> | 10 |
| <i>MRI / CT-Leistungen</i> | 10 |
| <i>TPW für Leistungen der Physiotherapie</i> | 11 |
| <i>TPW für Leistungen der Chiropraktoren.....</i> | 11 |
| <i>TPW für Leistungen der Logopäden</i> | 11 |
| <i>TPW für Pflegeleistungen.....</i> | 12 |
| <i>Spitex-Tarife</i> | 12 |
| <i>TPW der Leistungen der Hebammen</i> | 12 |
| <i>Beurteilung von Arzttarifen</i> | 12 |
| <i>Tarifverträge mit Ärzteverbänden (Art. 48 KVG)</i> | 13 |
| C. STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE..... | 14 |
| <i>PLAISIR</i> | 14 |
| D. TARIFVERHANDLUNGEN/ -FESTSETZUNGSVERFAHREN..... | 15 |
| <i>Beschwerdelegitimation</i> | 17 |
| <i>Zuständigkeit zur Tariffestsetzung</i> | 17 |
| <i>Recht auf Anhörung.....</i> | 17 |
| <i>Preisüberwachung.....</i> | 18 |
| <i>Tiers garant / Tiers payant.....</i> | 18 |

A. Stationärer Akutbereich

Der Art. 49 Abs. 1 KVG enthält **keine Verpflichtung zur Festlegung einer Tagesvollpau-schale**, welche sämtliche Leistungen umfasst. Die Aufteilung der Vergütung in **Teilpau-schalen** ist daher gesetzeskonform. Das **PLT-Modell** (Prozess-Leistungs-Tarifierung) ist grundsätzlich zulässig.

Betreffen die strittigen Tarife einen abgeschlossenen Zeitraum und besteht kaum Aussicht, dass sich die Datenlage noch verbessern lässt, prüft der Bundesrat, ob sich **an Stelle der Rückweisung zur Neuurteilung ein analoger Tarif** finden lässt.

1. Bestimmung der anrechenbaren Kosten

Aufgrund von Art. 49 KVG sind die Kosten folgender Bereiche auszuscheiden: ambulante Behandlung; Langzeitpatienten; Halbprivat-/Privatabteilung; Überkapazität; Investitionen; Lehre und Forschung.

Kosten der ambulanten Abteilung

Da die **Kosten zur Zeit nicht genau erfasst** werden, geht der Bundesrat davon aus, dass die **Erträge**, die bekannt sind, **die Kosten der Abteilung abdecken**.

Bei der Verwendung von Näherungsverfahren mit Zahlen aus der **Finanzbuchhaltung** muss im Beschwerdeverfahren mit entsprechenden **Abzügen des Kostendeckungsgrades** gerechnet werden.

Langzeitpatienten

Bei der Verwendung des Näherungsverfahrens mit **Ansätzen aus dem Bereich der Kranken- und Heimpflege** muss im Beschwerdeverfahren mit **Abzügen auf den anrechenbaren Kosten** gerechnet werden.

Halbprivat-/ Privatabteilung

Aufgrund der unterschiedlichen Kosten zwischen der allgemeinen Abteilung und der Halbprivat-/ Privatabteilung, nimmt der Bundesrat je nach **Zusatzversicherungsanteil** einen Pauschalabzug bei den bereinigten Gesamtkosten vor:

| HP/P-Patienten-Anteil | Pauschalabzug |
|-----------------------|---------------|
| unter 10% | 0% |
| zwischen 10 und 20% | 1% |
| über 20% | 2% |

Betriebskostenanteile aus Überkapazität

Solange die Vergütung auf dem **Ausweis der Kosten** beruht, werden Überkapazitäten mit einem **Korrekturfaktor** ausgedrückt. Dieser wird nur auf den **fixen Kosten** berechnet, deren Anteil an den Gesamtkosten auf **80%** festgelegt wird.

$$\text{Bereinigter Gesamtaufwand} = \text{Unbereinigter Gesamtaufwand} * (1 - 0,8 * \text{Korrekturfaktor})$$

Der Korrekturfaktor setzt sich zusammen aus den jeweiligen Abweichungen gegenüber der **Referenz-Bettenbelegung**¹ und der **Referenz-Aufenthaltsdauer**². Es wird mit den **betriebl. Betten** kalkuliert und nicht mit den Planbetten. Der Bundesrat erlaubt sich aber Ausnahmen.

$$\text{Korrekturfaktor} = (\text{effektive Bettenbelegung} / \text{Referenz-Bettenbelegung}) * (\text{Referenz-Aufenthaltsdauer} / \text{effektive Aufenthaltsdauer})$$

Der Korrekturfaktor kommt nur zur Anwendung, wenn er eine Absenkung der anrechenbaren Kosten zur Folge hat.

Die geltende Spitalplanung ist zu beachten. Es ist daher angemessen, die anrechenbaren Kosten infolge der Beanspruchung einer höheren Anzahl von Betten als derjenigen, die in der Spitalplanung vorgesehen ist, zu reduzieren.

Abzüge wegen Überkapazitäten, die sich an den **Bettenauslastungen** orientieren, sind nicht in Frage zu stellen, nur weil gewisse Spitäler versucht sein könnten, bei Überkapazitäten lediglich den Bettenbestand zu senken. Werden nicht gleichzeitig die Kosten reduziert, muss ein entsprechender **Abzug beim Betriebsaufwand** vorgenommen werden, um der Verschlechterung der Wirtschaftlichkeit Rechnung zu tragen.

Investitionen bei öffentlichen und öffentlich-subventionierten Betrieben

Der Bundesrat hat die **Grenze der Aktivierung** bei CHF 3'000.- festgelegt. Wurde eine höhere Aktivierungsgrenze bestimmt, muss in einem Beschwerdeverfahren mit Abzügen auf den anrechenbaren Kosten gerechnet werden.

Investitionskosten bei Privatspitälern

Investitionskosten sind bei **Privatspitälern** ohne öffentliche Betriebsbeiträge **soweit nicht anrechenbar**, als sie von der öffentlichen Hand nach dem Recht des zuständigen kantonalen oder kommunalen Gemeindegewesens zu tragen sind; dies unabhängig davon, ob die

¹ Bei Akutspitäler **mit** einer Notfallabteilung liegt die normative Bettenauslastung bei 85%; **ohne** Notfallabteilung, Rehabilitationskliniken und Psychiatrien bei 90%.

² gemäss BFS aktuell, 14: Gesundheit, StatSanté 1/2000, März 2000, Unispitäler: 9,6 Tage; übrige Akutspitäler: 10,3 Tage; Psychiatrien: 69,6 Tage; Rehabilitationskliniken: 29,9 Tage; chirurgische Spezialkliniken: 6,2 Tage; andere Spezialkliniken: 19,0 Tage

Zuwendung aufgrund einer gesetzlichen Norm oder eines Vertrages geleistet wurde. (Selbst wenn ein Kanton die Beiträge im Sinne einer Schenkung ausrichten würde, sind diese bei der Berechnung des Tarifs in Anzug zu bringen.) Insoweit besteht ein **Unterschied** gegenüber öffentlichen und öffentlich (mit Betriebsbeiträgen) subventionierten Spitälern. Bei diesen sind gemäss KVG die **Investitionskosten immer voll abzuziehen**.

Investitionskosten, die ausschliesslich der **Wiederherstellung eines Schenkungskapitals** dienen, dürfen nicht der obligatorischen Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden.

Lehre und Forschung

Darunter fallen nicht nur die **universitäre Lehre und Forschung**, sondern auch die **Ausbildung von nichtakademischem Personal**. Auszuscheiden sind neben den Sachkosten zur aus-, weiter- und fortbildenden Tätigkeit, auch die Lohnbestandteile von Personen, die gemäss Pflichtenheft ganz oder teilweise ausbildnerische Aufgaben haben.

Werden die **vollständigen und effektiven Kosten** der Lehre und Forschung in den Kostenrechnungen der Spitäler **nicht ausgewiesen**, sind subsidiär nach der Praxis des Bundesrates folgende **normative Abschlagsätze** anzuwenden:

| | |
|--|--|
| Universitätsspitäler | 25% auf dem Gesamtbetriebsaufwand |
| Spitäler mit mehr als 125 Betten | 5% auf den Personalkosten |
| Spitäler mit zwischen 75 und 125 Betten | 2% auf den Personalkosten |
| Spitäler mit weniger als 75 Betten | 1% auf den Personalkosten |

Kosten für Löhne und Honorare

Die Kosten von **Lohnnachzahlungen**, bei einer nachträglichen Lohnanpassung, sind bei den anrechenbaren Kosten zu berücksichtigen, d.h. die Versicherer müssen sich daran beteiligen und die Pauschalen sind entsprechend **abzuändern**.

In einer Übergangszeit ist die **Anwendung von ambulanten Tarifen als Grundlage für die Vergütung der Belegärzte** gerechtfertigt. Da der Anteil der Leistungen bezogen auf die Infrastruktur, Personal und Material in den ambulanten Pauschaltarifen berücksichtigt sind, nimmt der Bundesrat einen **Abzug** vor, **soweit ausschliesslich die Arbeit vergütet** werden muss. Im Gegensatz zu den Löhnen wird **auf den Arzthonoraren kein Abzug für die Überkapazitäten vorgenommen**, soweit das Spital normalerweise die Leistungen der Belegärzte ausschliesslich im Bedarfsfall beansprucht.

Berücksichtigung der Teuerung

Die Tarifikalkulation auf der Basis der **Indexierung der Vorjahreskosten** entspricht der Praxis des Bundesrates. Änderungen in der Leistungsstruktur und im Finanzierungsmodus sind zu berücksichtigen.

Verzinsung des Umlaufvermögens

Als mittlere Dauer vom Zeitpunkt der Hospitalisation bis zum Eingang der Zahlung wird **40 Tage** angenommen.

Gruppentaxen

Da die Kosten für jedes Spital separat zu ermitteln sind, sind grundsätzlich auch die Pauschalen separat für jedes Spital zu berechnen. Ausnahmen sind nur dort zulässig, wo die Spitäler **bei entsprechender Struktur vergleichbare Kosten aufweisen**. Soweit dies der Fall ist, dürfen gemeinsame Pauschalen festgesetzt werden. Diese Gruppentaxen verstossen nicht gegen Art. 49 Abs. 1 KVG. Der Bundesrat hat bisher das Kriterium der vergleichbaren Kosten **grosszügig interpretiert**, weil die Instrumente zur einheitlichen Erfassung der Kosten noch nicht vorliegen und angewendet werden.

Die Festsetzung von Gruppentaxen ist auch gesetzeskonform, wenn dadurch die effektiven Kosten einzelner Spitäler unter der Taxe liegen können und diese dadurch einen **höheren als den gesetzlich fixierten Maximalbeitrag** der Krankenversicherung erhalten. Der gesamtwirtschaftliche Effekt steht im Vordergrund.

Zusatz- und Separatverrechnungen

Zusatz- und Separatverrechnungen nach Art. 49 Abs. 2 KVG bedürfen einer **ausdrücklichen Vereinbarung** mit den Kassen. **Ausnahmen** sind:

- die den Patienten beim Austritt abgegebenen **Medikamente** sowie
- die **direkt auf dem Gesetz beruhenden Separatverrechnungen**.

2. Bestimmung des Kostendeckungsgrades

Der deutsche Wortlaut von **Art. 49 Abs. 6 KVG** gibt nicht den wahren Sinn der Bestimmung wieder. Entsprechend dem französischen und italienischen Wortlaut sind die Spitäler gehalten, *nebst der Leistungsstatistik eine **Betriebsrechnung** vorzulegen, welche die Kostenrechnung (bestehend aus der Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung), sowie die Ermittlung des Betriebserfolges umfasst*. Den Tarifberechnungen müssen Unterlagen zu Grunde gelegt werden, die eine **transparente Ausscheidung der Kosten der allgemeinen Abteilung** von den übrigen Kosten ermöglicht. Je mehr Transparenz ein Spital bietet, desto höher kann die Deckungsquote angesetzt werden.

| Vorgelegte Unterlagen | Qualität | Kostendeckungsgrad | |
|--------------------------------|--|--------------------|----------------|
| | | Öff. Spitäler | Privatspitäler |
| Finanzbuchhaltung, Kalkulation | widersprüchliche, schwer verständliche Daten | 43% | 86% |

| | | | |
|---|---|-----|------|
| Finanzbuchhaltung, Kalkulation | gute Datenqualität | 44% | 88% |
| Finanzbuchhaltung, Kalkulation, Kostenstellenrechnung | Undetaillierte und/oder schlecht verständliche Kostenstellenrechnung | 45% | 90% |
| Finanzbuchhaltung, Kalkulation, Kostenstellenrechnung | Gute Kostenstellenrechnung | 46% | 92% |
| Finanzbuchhaltung, Kalkulation, Kostenstellenrechnung, Kostenträgerrechnung | Gute Kostenstellenrechnung; vollständige, qualitativ gute, ausreichend detaillierte Kostenträgerrechnung (inkl. Leistungserfassung) | 50% | 100% |

Da die Höhe des Kostendeckungsgrades Ausdruck der vorgelegten Kostentransparenz und nicht der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen ist, ist ein **Abzug wegen mangelnder Wirtschaftlichkeit** ist nicht beim Kostendeckungsgrad vorzunehmen, sondern (als nicht anrechenbare Kosten) beim Betriebsaufwand.

3. Benchmarking

Das **Benchmarking** dient der Kontrolle, ob die Spitäler ihre Leistungen in Hotellerie, Services und Pflege **wirtschaftlich** erbringen (Art. 43 Abs. 6 KVG). Es beschränkt sich auf das **Tageselement**. Das Benchmarking auf den Kosten des Fallelementes kommt zur Zeit nicht in Frage, da sich dazu nur Abteilungen eignen mit transparenten Kostenrechnungen und mit vergleichbarer Versorgungsstufe, Leistungsangebot sowie Patientengut.

Werden einfach die blossen Tarife einander gegenüber gestellt, ist nicht gewährleistet, dass **Gleiches mit Gleichem** verglichen und daraus die richtigen Schlüsse gezogen werden. Eine taugliche Vergleichsbasis besteht nur, wenn die Kosten vergleichbarer Leistungen einander gegenüber gestellt werden. In diesem Sinne sind zunächst die mit den strittigen Tarifen **abgeholzten Leistungen** eines Spitals sowie die **anfallenden Kosten** zu bestimmen und sodann den Leistungen sowie Kosten eines oder mehrerer anderer Spitäler (Referenzspitäler) gegenüberzustellen. Die **Referenzspitäler** liefern den sog. **Benchmark** (auch Referenzwert).

Voraussetzung, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird, ist, dass das zu benchmarkende Spital und die Referenzspitäler:

- über **dieselben rechnerischen Grundlagen in Form von Kostenstellenrechnungen** verfügen und
- die **Leistungen und die Kosten** anhand bestimmter Kriterien **fassbar und vergleichbar** sind.

Sind die Leistungen vergleichbar, wird **vermutet**, dass auch deren **Kosten etwa gleich hoch sind**. Liegen die Kosten trotz vergleichbaren Leistungen über denjenigen der Referenzspitäler, kann das Spital diese Vermutung umstossen, indem es die Kostendifferenz stichhaltig begründet. Gelingt dies nicht, ist anzunehmen, dass die höheren Kosten mindestens teilweise auf einer **unwirtschaftlichen Leistungserbringung** beruht.

Die Berechnung der Tarife über Benchmarking ist nur dann zulässig, wenn die entsprechenden Unterlagen der Klinik fehlen. Es ist daher nicht erlaubt, die effektiven zu Verfügung ste-

henden Angaben über die Spitalkosten wegzulassen, und den Tarif ausschliesslich auf der Basis von Vergleichen festzusetzen.

Können weder die Art der Kostenausweise noch die Leistungen miteinander verglichen werden, ist ein **Benchmarking untauglich**. Daher sind **Rehabilitationskliniken** aufgrund ihrer Spezialitätenvielfalt und Verschiedenheit des Patientengutes sehr schwierig miteinander zu vergleichen.

4. Kostenneutralität beim Wechsel des Tarifmodells

Der Wechsel eines Rechnungsmodells muss **grundsätzlich kostenneutral** erfolgen. Die Gesamtkosten der alten Tarifstruktur gelten grundsätzlich als betriebswirtschaftlich gerechnet. Ist das neue Leistungsangebot mehr oder weniger gleich wie das alte, müssen sich die Kostensteigerungen und Einsparungen grundsätzlich in etwa die Waage halten.

Wenn das neue Modell die **Kostentransparenz verbessert, darf der Kostendeckungsgrad erhöht werden**, ohne dass die Kassen sich dagegen auf das Gebot der Kostenneutralität des Systemwechsels berufen können. D.h. die Versicherer dürfen sich nur auf die Kostenneutralität berufen, wenn das neue Modell die *Kostentransparenz* gegenüber früher *nicht verbessert* und wenn *keine Faktoren* vorliegen, die höhere anrechenbare Kosten rechtfertigen.

5. Subventionierung

Ob ein Spital als öffentlich subventioniert im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG gilt, leitet sich einzig von der **Art der Finanzierung** der öffentlichen Hand ab; ob die Beiträge auf gesetzlicher Basis oder auf der Grundlage eines Vertrages geleistet werden, spielt keine Rolle.

Das KVG macht **keine Vorschriften bezüglich Investitionsbeiträge**. Der Kanton bestimmt selber, ob er Beiträge an die Spitäler leisten will und wenn, unter welchen Voraussetzungen.

Auch **jährliche Zahlungen sind nicht präjudizierend**; sowenig wie ein Investitionsbeitrag per se projektbezogen ist, sowenig ist er zwingend einmalig.

Das KVG enthält keine Bestimmungen, wonach die Kantone explizit verpflichtet werden, Betriebsbeiträge auszurichten. **Ein Anspruch auf Betriebsbeiträge richtet sich nach kantonalem Recht**. Es ist jedoch nicht zulässig, wenn Kantone nach der Errichtung von stationären Einrichtungen sich ihrer finanziellen Verantwortung entziehen, indem sie nachträglich eine privatrechtliche Spitalträgerschaft schaffen oder indem sie bis anhin finanziell unterstützten Infrastrukturen mit privatrechtlicher Trägerschaft keine Beiträge mehr ausrichten.

Die Zahlung von **Subventionen an die Betriebskosten** einer Einrichtung als **einmaliger und ausserordentlicher Beitrag** bedeutet nicht die Schaffung einer endgültigen juristischen Realität. Die Einrichtung wird dadurch nicht zu einem öffentlich subventionierten Privatspital.

Kann eine Privateinrichtung **ohne die gegenseitige Leistungserbringung** mit einer öffentlichen Einrichtung **nicht betrieben werden**, bedeutet dies nicht, dass die Privateinrichtung als subventioniert gilt.

6. Nicht subventionierte Privatspitäler

Zur Berechnung der Tarife von nicht subventionierten Privatspitälern dürfen nur die Kosten der allgemeinen Abteilung herangezogen werden. Eine Berechnung der Pauschalen auf der Basis der Kosten der gesamten Spitalabteilung (allgemein und halbprivat/privat) wird praxisgemäss nur dann vorgenommen, wenn die Kosten der allgemeinen Abteilung nicht ausgewiesen oder diese beispielsweise bloss an Hand der Pflegetage und damit linear auf die verschiedenen Patientenkategorien aufgeteilt werden. In diesem Fall nimmt der Bundesrat einen **Abschlag** vor, um die in aller Regel vorhandenen Kostenunterschiede (gemäss Preisüberwachung 10 %) zu berücksichtigen.

Berechnung der Tagespauschale: Bei einem nicht subventionierten Privatspital ist die 50%-Regel nicht anwendbar. Der festzusetzende Tarif (Beitrag der obligatorischen Krankenversicherung) deckt **höchstens 100 % der anrechenbaren Kosten der Allgemeinen Abteilung**. Dabei werden *neben den Betriebs-* **auch die Investitionskosten** berücksichtigt, **nicht aber** die Kosten aus Überkapazitäten und für Lehre und Forschung.

Der **Wirkungskreis des KVG** und damit die im Rahmen einer Hospitalisation zur Anwendung gelangenden Tarife zu Lasten der Grundversicherung beziehen sich **ausschliesslich auf die allgemeine Abteilung**. Daher gelten auch **Art. 43** (Preisbildung), **Art. 47** (Tariffestlegung) und **Art. 49** (Kalkulationsgrundlagen; mit oder ohne Modifikation für nicht subventionierte Spitäler) nur für Aufenthalte in der allgemeinen Abteilung.

Die Grundversicherung hat einen „**Sockelbeitrag**“ zu entrichten. Dieser muss jedoch keinen strengen „anrechenbaren-Kosten-Kalkulations-Überlegungen“ genügen. Er kann auf Grund von **Plausibilitätsüberlegungen** bestimmt werden; auch „**Referenztarife**“ können zur Anwendung kommen.

Für den Kanton besteht daher **keine Tarifgenehmigungs- oder -festsetzungspflicht bei Tarifen der Halbprivat- und Privatabteilungen von nicht subventionierten Privatkliniken**, wo es lediglich um die Bestimmung des Sockelbeitrags zu Lasten der Grundversicherung geht.

Ein nicht subventioniertes Privatspital mit einem Leistungsauftrag für die allgemeine Abteilung hat einen **Anspruch auf einen kostendeckenden Tarif**. Der Leistungsauftrag stellt nicht nur ein Recht, sondern auch eine Pflicht dar, da sich die Aufnahme auf die Spitalliste aus einer Notwendigkeit zur Bedarfsdeckung der Bevölkerung ableitet. Daher ist ein (Betriebs- und Investitions-) Kosten deckender Tarif auszuhandeln, oder hoheitlich festzulegen.

B. Ambulante Tarife

Eine **gesteigerte Nachfrage rechtfertigt keinen höheren Preis.**

Frei praktizierende Medizinalpersonen haben gestützt auf das KVG **keinen Anspruch auf ein staatlich garantiertes Mindesteinkommen.**

SLK-TPW

Kann weder die eine noch die andere Seite mit aussagekräftigem Zahlenmaterial den verlangten TPW belegen, ist bei der Prüfung von SLK-TPW ein **vereinfachtes und pragmatisches Vorgehen** angezeigt, welches einerseits mit *Vermutungen* arbeitet und andererseits eine gewisse *Präferenz für den Status quo* hat.

Die von der Preisüberwachung ausgearbeitete **pragmatische Prüfmethode** bei umstrittenen SLK-TPW im KVG-Bereich hat grosses Gewicht und sieht folgendermassen aus:

- **TPW über Fr. 4.95** werden **nicht akzeptiert**, wurden aber bisher noch nicht beantragt.
- Aktuelle **TPW zwischen Fr. 4.- und Fr. 4.95** gelten **vermutungsweise als hoch**. Ein TWP in diesem Bereich kann nur erreicht oder beibehalten werden, wenn die Spitäler den TPW durch **vollständig transparente Kostenausweise** belegen können und sich der nichtstationäre Spitalbereich im betreffenden Kanton durch eine **moderate Kostenentwicklung** auszeichnet (unter Berücksichtigung der Entwicklung der stationären Spitalkosten). Ansonsten ist der TPW auf Fr. 4.- zu senken.
- Aktuelle **TPW zwischen Fr. 3.- und Fr. 4.-** gelten **vermutungsweise als angemessen**. Die Beibehaltung verlangt keine besondere Begründung. **Erhöhungen** sind nur bei **transparentem Kostenausweis** seitens der Spitäler und bei einer **moderaten Kostenentwicklung** der kantonalen nichtstationären Spitalkosten möglich. Anträge auf **TPW-Senkungen** seitens der Krankenversicherer bedürfen ebenfalls einer **fundierte Begründung**, gestützt auf spitalspezifische und gesamtkantonale Kosten von stationären und nichtstationären Spitalleistungen.
- Aktuelle **TPW von unter Fr. 3.-** gelten **vermutungsweise als zu tief** angesetzt. Daher erfordert die **Anhebung** des TPW auf CHF 3.- **keinen speziellen Kostennachweis** seitens der Spitäler und wird akzeptiert.

MRI / CT-Leistungen

Im Hinblick auf die nahende Einführung des Tarmed wäre die Festlegung eigener MRI/CT-TWP ein unverhältnismässiger Aufwand und nicht opportun. Die verbleibende Zeit ist in Kauf zu nehmen. Für die Preisüberwachung gelten Sollkosten von über Fr. 2.67 pro SLK-Taxpunkt als überhöht.

Bei der Bestimmung des TWP steht die Frage im Vordergrund, welche **Auslastung** ein Magnetresonanztomograph (MRT) erreichen muss, um **wirtschaftlich betrieben** zu werden. Die Leistungsfähigkeit von modernen MRT-Geräten liegt gemäss dem Preisüberwacher bei 3400 Untersuchungen pro Jahr. Die Frage des wirtschaftlichen Einsatzes von MR-Geräten ist in einen **gesamtschweizerischen Zusammenhang** zu stellen und beschränkt sich nicht auf eine regionale Perspektive.

TPW für Leistungen der Physiotherapie

Der kantonale TPW soll auf Grund jener Umstände bestimmt werden, die durch die **lokalen Märkte beeinflusst** werden und gleichzeitig die **gewichtigsten Anteile** darstellen.

Der Bundesrat erachtet den **allgemeinen kantonalen Lohnindex** als wesentlich geeigneter für die Ermittlung des kantonalen TPW als die bisher herangezogenen Durchschnittseinkommen in den Kantonsspitalern.

Ebenfalls drängt sich zu dessen Berechnung die Benutzung des **Gesamtmietsindex** auf.

Der nationale TPW wird demnach aufgrund der jeweiligen kantonalen Werte der Lohn- und Mietstrukturerhebung angepasst. Die **Formel** lautet:

$$Tp_{w_K} = Tp_{w_n} (m * M + l * L + r * 100) / 100$$

(m = kantonale Mietindex; M = Mietkostenanteil im Modellphysiotherapieinstitut (MPI);
l = kant. Lohnindex; L = Lohnkostenanteil im MPI; r = Restkostenanteil im MPI)

Im Falle der Physiotherapie entsprechen die Kosten von **Löhnen und Miete 79%** der Kosten des Modelinstituts dar. D.h. 21% der Kosten werden nicht durch die lokalen Märkte bestimmt und werden daher auch nicht auf ein kantonales Niveau angepasst. (M = Mietkostenanteil im MPI (11,4%); L = Lohnkostenanteil im MPI (69,9%))

TPW für Leistungen der Chiropraktoren

Die für den Bereich der Physiotherapieleistung entwickelten Methode zur Berechnung des kantonalen TPW ist auf den Bereich der Chiropraktoren **nicht anwendbar**, da es an einer vom Bundesrat **genehmigten Tarifstruktur** gemäss Art. 43 Abs. 5 KVG mangelt und der nationale Ankerwert von CHF 4.4 und das Chiropraktoren-Modellinstitut von der Preisüberwachung noch **nicht überprüft** worden sind. Es wird daher auf die Rechnungsstellerstatistik der santésuisse zurückgegriffen.

TPW für Leistungen der Logopäden

Die **angewandte Formel zur Berechnung der kantonalen Logopädie-TPW** entspricht derjenigen der Physiotherapieleistungen. Einzig die Gewichtung der einzelnen Kostenfaktoren (Lohn und Miete) im Modellinstitut variiert.

Im Modell für Logopädieleistungen stellen die **Personal- und Mietkosten** mit **89,1%** (L=81.3%; M= 7.8%) die gewichtigsten Ausgaben dar, welche durch die lokalen Märkte bestimmt sind.

TPW für Pflegeleistungen

Die **Formel der Physiotherapeuten** wird hier bei den frei praktizierenden Krankenschwestern und Krankenpflegern mit **angepassten Kostenfaktorgewichten** (es entfällt der Mietindex) übernommen. Da die Krankenpflegeleistungen seit Inkrafttreten des KVG neu im Leistungskatalog zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgenommen worden sind, muss diese Berufsgruppe nun, dies in Analogie zu den Abzügen beim Kostendeckungsgrad bei den Spitaltarifen, eine **Sicherheitsmarge** in Form eines Abzugs von 5 % des Taxpunktwertes hinnehmen.

Spitex-Tarife

Das **Prinzip der Kostentransparenz** ist anwendbar. Die Spitex-Organisationen müssen allerdings **nicht** über eine **Kostenträgerrechnung** verfügen.

Die von einem Arzt verschriebene Spitex-Leistung muss **zu 100 % von der Krankenversicherung übernommen werden**. D.h. alle mit der Leistungserbringung zusammenhängenden Kosten (auch technische und administrative Infrastruktur) sind bei ambulant erbrachten Leistungen anrechenbar.

Die **Subventionen** gemäss Art. 101bis AHVG sind korrekt anzurechnen.

TPW der Leistungen der Hebammen

Zur Bestimmung des kantonalen TPW folgt der Bundesrat der **normativen Methode**. Er legt im Rahmen der kantonalen Besoldungsordnungen einen Minimallohn und einen Maximallohn fest. Beim **Minimallohn** wird berücksichtigt, dass eine frei praktizierende Hebamme erst nach 2-jähriger Berufspraxis zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen wird. Daher ist mindestens das Einkommen einer Spitalhebamme mit zweijähriger Berufspraxis heranzuziehen. Der **Maximallohn** richtet sich nach der obersten Lohnklasse einer Spitalhebamme mit Berufspraxis und vermehrter Verantwortung, aber ohne Führungsfunktion. Die Summe von Minimal- und Maximallohn teilt der Bundesrat durch 2 und erhält so das **kantonale Referenzeinkommen**. Zur Berechnung des **kantonalen TWP**, teilt er dieses durch das gesamtschweizerische Referenzeinkommen.

Beurteilung von Arzttarifen

Mangels anderem zuverlässigerem Zahlenmaterial stellt der Bundesrat gemäss konstanter Praxis auf die **Rechnungsstellerstatistik der santésuisse** ab.

Er untersucht dabei in erster Linie das *Niveau und die Veränderung* folgender Werte:

- Kosten pro Arzt und pro Versicherten,
- Anzahl frei praktizierender Ärzte,
- Ärztedichte,
- Auslastungsgrad,
- Kosten pro Fall,
- Anzahl Fälle pro Arzt.

Die Veränderungen dieser Parameter während eines bestimmten Zeitraums werden mit der Veränderung des Landesindexes für Konsumentenpreise in derselben Zeit verglichen.

Tarifverträge mit Ärzteverbänden (Art. 48 KVG)

Das System der Medizinaltarife hat eine Besonderheit: den **Rahmentarif**. Nach Art 48 Abs. 1 und 2 KVG setzt die Genehmigungsbehörde bei der Genehmigung eines Tarifvertrags mit einem oder mehreren Ärzteverbänden auf der Grundlage des genehmigten Tarifs einen Rahmentarif fest, **der nach dem Wegfall des Vertrages vorerst während eines Jahres zur Anwendung kommt** und so den Parteien Zeit für neue Vertragsverhandlungen gibt. Wird in dieser Zeit kein neuer Vertrag unterzeichnet, kann die Genehmigungsbehörde bei den Vertragsparteien **intervenieren** und einen *Tarif* oder einen *neuen Rahmentarif* ohne Rücksicht auf den früheren Vertragstarif festsetzen. **Greift sie nicht ein**, dann behält der alte Rahmentarif auch nach Ablauf eines Jahres seine Gültigkeit.

Für Parteien, die einen neuen Tarifvertrag abgeschlossen haben, tritt der alte Rahmentarif hingegen ausser Kraft (Art. 48 Abs. 4 KVG). Wenn ein Rahmentarif als Reservetarif in Kraft tritt, gilt er für ein Jahr. Während dieser Zeit können die Parteien verhandeln, ohne sich in einem rechtsfreien Raum zu befinden.

Wenn es sich bei den Parteien, welche den neuen Vertrag im Jahr der Geltungsdauer des Rahmenvertrags abgeschlossen haben, um **Verbände** handelt, sieht **Art. 46 Abs. 2 KVG** vor, dass dieser Vertrag für die Verbandsmitglieder nur dann bindend ist, wenn diese ihm beigetreten sind. **Mitglieder, die den Vertrag nicht unterzeichnet haben, sind nicht Vertragspartei**. Der Rahmenvertrag gilt daher für die nicht Beigetretenen bis zum Ablauf der Jahresfrist, ausser die Parteien können während dieser Zeit einen neuen Vertrag abschliessen oder sie gelangen an den Regierungsrat mit dem Antrag, einen Tarif festzulegen. Nach Ablauf des Jahres, während dem der Rahmentarif galt, kann die Genehmigungsbehörde bei den nicht Beigetretenen **intervenieren**, ihnen die Festsetzung eines Tarifs ankündigen und sie um die Gründe für ihre Beitrittsverweigerung sowie um ihre Vorschläge für einen Tarif ersuchen. Je nachdem, ob die Behörde diese Begründungen und Vorschläge als zureichend erachtet, kann sie die nicht Beigetretenen *verpflichten, den nicht unterzeichneten Vertrag gleichwohl anzuwenden, oder sie kann einen anderen Tarif gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG festlegen*. Sie kann auch beschliessen einen neuen Rahmentarif zu erlassen, ohne Berücksichtigung des früheren Vertragstarifs (Art. 48 Abs. 2 Satz 2 KVG). Interveniert die Behörde hingegen nicht und gelangen die nicht Beigetretenen nicht an sie, dann bleibt der Rahmentarif *auch nach Ablauf eines Jahres in Kraft*.

C. Stationäre Langzeitpflege

Aus Mangel einer einheitlichen Kostenstellenrechnung gelten im Pflegeheimbereich sogenannte **Rahmentarife** (Fr. 10 - 20.- / Fr. 15 - 40.- / Fr. 30 - 60.- / Fr. 40 - 70.- für die BESA-Stufen 1 - 4).

Bei den **Gruppentaxen** muss die Kantonsregierung die eingereichten Zahlen erstmals **prüfen**. Es ist dabei u.a. **zu beachten**, dass:

- die **übrigen Leistungen**, die das Pflegepersonal während der Arbeit für seinen Lohn erbringt;
- die **Erfassung der Zeit**, die für die Leistungen in den einzelnen Pflegestufen aufgewendet wird, sowie
- das **Lohnniveau** der Pflegerinnen und Pfleger, welche die Arbeit in einer bestimmten Pflegestufe verrichten

berücksichtigt werden.

Stellt sich bei dieser Überprüfung heraus, dass dies **nicht berücksichtigt** wird, ist das Erfordernis der Transparenz nur ungenügend erfüllt, und es ist nicht möglich, die Pflegebeiträge festzusetzen. Der Pflegebeitrag kann dann mit Hilfe eines **Kostenvergleichs mit anderen Heimen** festgesetzt werden.

PLAISIR

Das Patientenklassifikationsinstrument PLAISIR ist gemäss Bundesrat ein gutes, wenn auch verbesserungsbedürftiges Modell zur **Ermittlung des erwarteten Pflegebedarfs**. Die enthaltene Leistungsnomenklatur erlaubt eine Zuordnung zu den KVG- pflichtigen Pflegeleistungen.

Da PLAISIR nur den *erwarteten* und *nicht den effektiven* Pflegeaufwand (Pflegebedarf) misst, **taugt es nicht zur Ermittlung der Kosten**, da jene von den erbrachten Leistungen abhängen. Tarife, welche auf Grund des Bedarfs ermittelt werden, sind daher **generell zu hoch**.

Das Kalkulationsmodell, welches dem Zeitaufwand einen Frankenbetrag zuordnet, genügt den Anforderungen des KVG nicht, selbst wenn der auf der Basis einer Modellequipe kalkulierte Durchschnittssatz glaubwürdig erscheint. Der Bezug zu den **effektiven Kosten ist nachzuweisen**.

Pflegepauschalen können **nicht für alle Heime gleich** sein, wie dies bei PLAISIR der Fall ist.

Daher sind die PLAISIR- Pauschalen **nicht tariftauglich**.

D. Tarifverhandlungen/ -festsetzungsverfahren

Im System der Tarifgestaltung der obligatorischen Krankenpflege kommt der autonomen Gestaltung der Tarife mittels Verträgen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern nach Art. 43 Abs. 4 KVG eine grundlegende Rolle zu. Der **Vorrang der vertraglichen Tarifbildung**, beinhaltet eine umfassende Verpflichtung aller Parteien, das Entstehen vertragloser Zustände zu verhindern.

Ein **vertraglich vereinbarter Tarif** hat gegenüber einem hoheitlich festgesetzten Tarif - auch wenn er vom Bundesrat festgesetzt wurde - klar **Vorrang**. Vorausgesetzt:

- der Vertrag leidet an **keinem Mangel** oder
- es liegen **keine veränderten Verhältnisse** vor

Aufgrund dieses **Kontrahierungszwanges** müssen sich die Parteien **aktiv um das Zustandekommen eines Tarifvertrages bemühen**. Entscheidend ist, ob der Verhandlungsvorschlag **konstruktiv und substantiiert** war. Ein die Verhandlungen einleitender Vorschlag ist *konstruktiv*, wenn er dem Verhandlungspartner nach Treu und Glauben einen Anreiz zur Führung weiterer Verhandlungen bietet; und er ist *substantiiert*, wenn er auf einer Auseinandersetzung mit der konkreten Situation unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften beruht.

Kommt zwischen den Parteien **kein Vertrag** zustande oder wird ein **Vertrag gekündigt**, herrscht mithin ein vertragsloser Zustand, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den **Tarif fest** (Art. 47 Abs. 1 KVG) oder **verlängert den bestehenden Vertrag um ein Jahr** (Art. 47 Abs. 3 KVG). Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesrates gibt es **keine dritte Möglichkeit** im Sinne einer Vertragsverlängerung mit Änderung einzelner Bestimmungen.

Der Regierungsrat ist jedoch erst dann verpflichtet (und auch erst dann berechtigt) einen hoheitlichen Tarif festzulegen, wenn (**ernsthafte**) **Vertragsverhandlungen** zwischen den Tarifpartnern stattgefunden haben, die **zu keinem Ergebnis führten**. Den Parteien ist **genügend Zeit** für die Vertragsverhandlungen einzuräumen. Sie müssen die Möglichkeit haben, ein Angebot *vor* der Einleitung eines behördlichen Festsetzungsverfahrens **zu prüfen und eigene Vorschläge einzubringen**. Eine die konstruktive Mitarbeit in Vertragsverhandlungen verweigernde Tarifpartei, darf die ihr zugeordnete Rolle bei der Tariffindung nicht einfach der Behörde überwälzen.

Von Bundesrechts wegen ist der Regierungsrat **nicht verpflichtet, die Geltungsdauer der Tarife zu befristen**. Der Bundesrat hat es bisher stets abgelehnt, für behördlich festgesetzte Tarife eine Mindestdauer oder eine feste Dauer vorzusehen.

Bei der Tariffestsetzung sind grundsätzlich die aktuellsten verfügbaren effektiven Kosten oder buchhalterische Angaben zu berücksichtigen.

In einem vertragslosen Zustand hat der Regierungsrat beim Entscheid, einen neuen Tarif festzusetzen oder den bestehenden Vertrag zu verlängern, ein **weites Auswahlermessen**, in welches der Bundesrat nicht ohne Not eingreift. **Vorausgesetzt** wird jedoch die **Absicht** des Regierungsrates, mit der Verlängerung des Tarifvertrages den Tarifpartnern eine **zusätzliche Chance** zu einer autonomen, **vertraglichen Regelung** einzuräumen. Er muss sich aber auf

vertretbare Gründe stützen, die sich auch aus den Umständen ergeben oder die ausserhalb des Parteiwillens liegen können (z.B. Aussicht auf besseres Zahlenmaterial; ein Bundesratsentscheid in naher Zukunft, der gewisse Fragen von Belang regelt etc.).

Bei der Verlängerung eines Tarifvertrags ist eine behördliche **Überprüfung des Vertragsinhaltes** im Hinblick auf die kurze Dauer der Verlängerung **unverhältnismässig**. Der Bundesrat lehnt eine Vertragsverlängerung nur ab, wenn ein tarifloser Zustand nicht eintreten kann.

Gemäss bundesrätlicher Praxis ist bei einer Verlängerung auch **nicht erneut zu prüfen**, ob dieser mit dem **Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang steht**. Es ist aber zu berücksichtigen, dass:

- Bereiche, die durch die obligatorische Krankenversicherung **abschliessend geregelt** sind, **nicht Gegenstand einer separaten vertraglichen Regelung** zwischen Leistungserbringer und Versicherern sein können;
- bei Tarifverlängerungen die Kantonsregierung **zwingend prüfen** muss, ob der **Inhalt des Vertrages überhaupt noch vertraglich geregelt werden darf**;
- die Bereiche, die durch die obligatorische Krankenversicherung abschliessend und zwingend geregelt werden, **von der Verlängerung auszunehmen** sind.

Während der Dauer des **vertraglosen Zustandes** haben die Vertragsparteien das **Recht erneut zu verhandeln** und einen Tarif autonom festzulegen, **dazu verpflichtet sind sie aber nicht**.

Ein **vertragsloser Zustand** und damit die Verpflichtung der Kantonsregierung, einen Tarif festzulegen, besteht auch dann, wenn in der Vergangenheit der Tarif für eine bestimmte Dauer behördlich festgesetzt wurde und für den nachfolgenden Zeitraum keine Verträge mehr zu Stande gekommen sind.

Das KVG kennt keinen „stillen Vertrag“; auch wenn bei einem vertragslosen Zustand der Leistungserbringer Rechnungen verschickt hat und die Versicherer diese beglichen haben. **Nur Verträge, die von der Kantonsregierung genehmigt worden sind, entfalten rechtlich bindende Wirkungen** (Art. 46 Abs. 4 KVG).

Ein **Krankenversicherer oder Leistungserbringer**, der dem Verbandsvertrag nicht beigetreten ist, aber auch gegenüber dem Tarifpartner oder danach der zur Tariffestsetzung zuständigen Kantonsregierung keine eigenen konstruktiven und substantiierten Vorschläge zur Tarifgestaltung gemacht hat, **muss es hinnehmen, dass der vom Verband abgeschlossene Tarif auch für ihn festgesetzt wird**.

Der **Anspruch einer Versicherung**, die dem Verbandsvertrag nicht beitrifft, **auf separate Verhandlungen**, wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass ihre Mitarbeiter sich massgeblich an deren Verhandlungen beteiligt haben. Als **Korrektiv zu allfälligen Missbrauchsmöglichkeiten** sind die Anforderungen an den **„substantiellen und konstruktiven“ Vorschlag** zur Aufnahme von separaten Vertragsverhandlungen **hoch zu stecken**. *Substantiiert*: Der Vorschlag muss sich mit der konkreten Situation unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften auseinandersetzen. *Konstruktiv*: Die alternativ vorgeschlagene Tarifregelung muss in **ausgereifter Form** vorliegen und darf in qualitativer Hinsicht im Vergleich zum Verbandsvertrag **nicht offensichtlich abfallen**. Zudem müssen die **Mängel und Schwächen** des Verbandsvertrages und die **Vorzüge** des alternativen Vorschlags aufgezeigt werden.

Das Vorlegen eines **alternativen Vorschlags** kann durchaus mehrere Monate (Zeit zur Ausarbeitung) nach der Genehmigung des Verbandsvertrags erfolgen.

Beschwerdelegitimation

Aufgrund von **Art. 46 Abs. 2 KVG** ist ein Verbandsmitglied, das es ablehnt, einem von seinem Verband unterzeichneten Tarifvertrag beizutreten, weder vom *Tarif* noch vom *Genehmigungsgesuch*, den die Kantonsregierung fällt, **direkt berührt**; folglich besteht auch **keine Beschwerdelegitimation**.

Einzelne Krankenversicherungen als Mitglieder eines Krankenversicherer-Verbandes (welcher das Gesuch um Vertragsverlängerung eingereicht hat) sind **legitimiert zur Beschwerde** gegen die Genehmigung des Regierungsrates zur Verlängerung des gekündigten Tarif- und Kollektivvertrages, da **im Bereich von Tarifverträgen keine Verpflichtung besteht, sich den Beschlüssen des Verbandes zu unterziehen**.

Zuständigkeit zur Tariffestsetzung

Die **Parteiautonomie** (beispielsweise wenn in der Kündigungsklausel des Tarifvertrags eine Verlängerung gegen den Willen des Versicherers ausgeschlossen ist) **vermag die Zuständigkeit der Kantonsregierung** zur Tariffestsetzung **nicht aufzuheben**.

Massgebend für die **Zuständigkeit zur hoheitlichen Festsetzung eines Tarifs** ist gemäss dem *Territorialitätsprinzip* in Art. 47 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 1 der **Standort einer Klinik** und nicht der Sitz der Trägerschaft.

Die Zuständigkeitsregelungen sind grundsätzlich **zwingender Natur**.

Recht auf Anhörung

Im Rahmen des Verfahrens zur Festlegung des Tarifs muss die Kantonsregierung dem Leistungserbringer **Einsicht in die Empfehlungen des Preisüberwachers gewähren**, wenn diese Empfehlung die wichtigste Grundlage für den zu treffenden Entscheid darstellt und wenn der Leistungserbringer nicht auf andere Weise (etwa im Rahmen der Tarifverhandlung oder der Erarbeitung eines Tarifentwurfs durch den zuständigen kantonalen Dienst) von den vom Preisüberwacher verwendeten materiellen Elementen Kenntnis erhalten hat.

Eine **Verletzung des Rechts auf Anhörung** kann in einem Beschwerdeverfahren aufgehoben werden, wenn die geschädigte Partei ihren Standpunkt vor der Beschwerdeinstanz ausführlich darlegen kann und diese die gleiche Überprüfungsbefugnis wie die Vorinstanz verfügt.

Preisüberwachung

Die **Preisüberwachung muss in jedem Fall angehört werden**, auch wenn der Tarif beibehalten oder sogar gesenkt werden soll. Es muss auf ein gesetzgeberisches Versehen zurückzuführen sein, dass die Vorlegungspflicht bei Preissenkungen im Art. 14 PüG nicht explizit vorgesehen ist.

Wenn die Kantonsregierung einen **Tarif festsetzt, ohne die Empfehlung der Preisüberwachung abzuwarten**, hebt der Bundesrat den regierungsrätlichen Tarifbeschluss auf und weist die Sache an die Vorinstanz zurück. Verzichtet der Preisüberwacher nachträglich auf eine Stellungnahme, wird der angefochtene Beschluss nicht aufgehoben.

Gemäss Art. 14 Abs. 2 PüG muss die Kantonsregierung ihren Entscheid nur dann begründen, wenn er von der Argumentation der Preisüberwachung abweicht.

Es liegt **nicht im Ermessen des Kantonsregierung von den seitens der Preisüberwachung definierten Anforderungen an die Kostenrechnung abzuweichen**. Diese Empfehlungen gewährleisten, dass die Anwendung des für die Berechnung der Tarife massgeblichen Bundesrechts grundsätzlich nach **bundesweit einheitlichen Massstäben** erfolgt.

Tiers garant / Tiers payant

Der Grundsatz der Rechnungsstellung nach dem System des **Tiers garant** (Art. 42 Abs. 1 KVG) ist gemäss Praxis des Bundesrates zwingendes Recht und **kann nur mit Zustimmung der Tarifparteien geändert werden**. Die Kantonsregierung darf daher als Tariffestsetzungsbehörde nicht einseitig von dieser Regel abweichen und das System des **Tiers payant** vorsehen.

Nach der Praxis des Bundesrates ist in diesem Zusammenhang auch zwischen rein **administrativen Inkassokosten** und dem **Inkassorisiko** zu unterscheiden. *Inkassokosten* fallen auf jeden Fall an, sei es beim Leistungserbringer oder, im Falle des Tiers payant, beim Versicherer. Sie sind daher auf die Kosten anrechenbar und vom Prämienzahler zu tragen. Anders aber das vermeidbare *Inkassorisiko*: Den Versicherten ist nicht zuzumuten, höhere Prämien zu zahlen, weil die Tarifpartner keine Einigung über den Tarifvertrag und das System des Tiers payant zustande gebracht haben. Solange demnach das System Tiers payant nicht vereinbart worden ist, trifft dieses Risiko allein den Leistungserbringer, ohne dass er es über die Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abwälzen könnte.