

## Eine Prämie pro Kanton

### INTERPELLATION

vom 13.12.2013

#### Jacqueline Fehr

Nationalrätin SP

Kanton Zürich



In der obligatorischen Grundversicherung haben alle Versicherten Anrecht auf dieselben Leistungen. Vor diesem Hintergrund bitte ich den Bundesrat um Antworten auf folgende Fragen:

1. Kann nachgewiesen werden, dass die unterschiedlichen Preise (Prämien) für gleiche Leistungen auf nachvollziehbare Kriterien zurückzuführen sind?

2. Welche Effekte würden eintreten, wenn man alle Krankenkassen verpflichtete, in der jeweiligen Prämienregion gleiche Prämien fürs gleiche Versicherungsmodell einzuführen?

### Antwort des Bundesrates vom 7.3.2014

1. Die Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) werden verwendet, um Leistungen der Versicherten zu vergüten und die Verwaltungskosten der Versicherer zu decken. Überschüsse dienen dem Reserveaufbau. Verluste führen, sofern sie nicht aus Kapitalerträgen finanziert werden können, zu einem entsprechenden Abbau der Reserven.

Obwohl die OKP allen Versicherten dieselben Leistungen vergütet, unabhängig vom Versicherer, gibt es unterschiedliche Prämien. Die unterschiedlichen Prämien sind auf Unterschiede in den für die Versicherung anfallenden Kosten zurückzuführen. Die Kosten wiederum variieren aufgrund der Zusammensetzung des Versichertenbestandes einer Versicherung und der daraus resultierenden Unterschiede in der effektiven Inanspruchnahme der Leistungen, sowie der administrativen Kosten der Versicherer. Die unterschiedliche Risikostruktur der verschiedenen Versicherer ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Ihre Ursachen gehen oft noch auf die Zeit vor Inkrafttreten der freien Wahl des Versicherers zurück. Traditionelle «Betriebskrankenkassen» hatten beispielsweise kaum Chronischkranke versichert und wiesen daher bei Einführung der freien Wahl des Versicherers eine günstige Risikostruktur auf. Seither haben sich die Risikostrukturen kaum angeglichen. Risikounterschiede, die auf das Alter und das Geschlecht zurückzuführen sind, werden zwar durch den Risikoausgleich vollständig ausgeglichen. Aber auch unter gleichaltrigen Männern (oder Frauen) bestehen grosse Unterschiede, die einerseits auf ihren individuellen Gesundheitszustand zurückzuführen sind, andererseits aber auch persönliche Präferenzen hinsichtlich der medizinischen Leistungen widerspiegeln, beispielsweise die Verwendung von Generika, die Wahl von Spezialisten anstelle von Grundversorgern, die Inanspruchnahme von Notfallstationen von Spitälern, das Vertrauen auf nichtinvasive Methoden usw. Seit 2012 werden die Unterschiede durch Einführung des Kriteriums «stationärer Aufenthalt im Vorjahr» im Risikoausgleich zwar besser berücksichtigt, allerdings vermag dieses Kriterium allein die unterschiedlichen Risiken nur zu einem kleinen Teil auszugleichen.

Neben der Risikostruktur können weitere Faktoren für ein unterschiedliches Kostenniveau bei den Versicherern derselben Prämienregion sorgen und damit

die unterschiedliche Prämienhöhe erklären: Dazu zählen etwa die Effektivität der Kostenkontrolle durch den Versicherer, die Höhe der Verwaltungskosten, gewisse Kosten für besondere Dienstleistungen (z. B. das Angebot zur freiwilligen Nutzung telefonischer medizinischer Beratung) sowie unterschiedliche Tarife. Bei diesen Faktoren soll der Wettbewerb zwischen den Versicherern spielen und entsprechend eine kostendämpfende Wirkung haben. Da die Prämien immer im Voraus basierend auf Schätzungen festgelegt werden, können des Weiteren im Nachhinein zufällige Abweichungen der Prämien von den Kosten festgestellt werden.

Um sicherzustellen, dass die Prämien nicht unangemessen von den Kosten abweichen, ist es notwendig, dass gesetzlich vorgeschrieben ist, unter welchen Bedingungen eine Prämie von der Aufsicht genehmigt werden kann. Dies ist im Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) vorgesehen. Auch die im KVAG verankerte nachträgliche Korrektur der Prämien, falls sich a posteriori herausstellt, dass sie im Vergleich zu den Kosten übermässig hoch ist, ist ein wichtiges Instrument, um sicherzustellen, dass die Prämien sich aufgrund von nachvollziehbaren Kriterien unterscheiden.

2. Würde in jeder Prämienregion eine einheitliche Prämie für alle Versicherer eingeführt, müssten die Versicherer, deren Versicherte höhere Kosten verursachen, als mit der Einheitsprämie bezahlt werden können, Massnahmen treffen, um einen Konkurs zu vermeiden, oder sich aus der betroffenen Prämienregion zurückziehen. Versicherer mit Kosten, die leicht über der Einheitsprämie liegen, könnten die Defizite durch Quersubventionierung aus Regionen zu decken versuchen, in denen sie Gewinne erwirtschaften. Allenfalls könnten sie auch versucht sein, die schlechten Risiken abzuschieben. Eine einheitliche Prämie für alle Versicherten könnte also das Phänomen der Risikoselektion verschärfen. Umgekehrt würden Versicherer, deren Versicherte tiefere Kosten verursachen, grosse Gewinne erzielen. Diese könnten sie beispielsweise dazu verwenden, Defizite in anderen Prämienregionen zu decken, Marketinganstrengungen zu intensivieren oder Reserven anzulegen.

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt.

# Tarmed – Subsidiäre Kompetenz des Bundesrates

## INTERPELLATION

vom 13.12.2013

**Alois Gmür**

Nationalrat CVP

Kanton Schwyz



Der Bundesrat will mit dem vorgesehenen Eingriff in die Tarifstruktur eine Umverteilung von 200 Millionen Franken zugunsten der Hausärzte und zulasten der Spezialärzte vornehmen.

1. Wie kann er mit einem solchen Eingriff sicherstellen, dass das gesetzliche Gebot der Einheitlichkeit der Tarifstruktur gemäss Artikel 43 Absatz 5 KVG nicht verletzt wird? Kann die Hausarztmedizin nicht nur im Rahmen einer Gesamtrevision der Tarifstruktur des Tarmed hier besser abgegolten werden?
2. Mit dem vorgesehenen Eingriff in die Tarifstruktur Tarmed verfolgt der Bundesrat das Ziel, Einkommensunterschiede zwischen Hausärzten und Spezialärzten anzugleichen. Hat er auch Varianten geprüft, um dieses Ziel mit anderen, gesetzeskonformen und marktwirtschaftlich orientierten Mitteln zu erreichen? Wenn ja, welche?
3. Der vorgesehene Eingriff in die Tarifstruktur Tarmed soll zu geringeren Einnahmen für ambulant erbrachte spezialärztliche Leistungen führen. Hat der Bundesrat die Auswirkungen auf das Angebot von spezialärztlichen Leistungen im ambulanten Sektor und Verschiebungen dieses Angebots in den stationären Sektor geprüft, und nimmt er dies allenfalls in Kauf?

## Antwort des Bundesrates vom 19.2.2014

1. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung enthält verschiedene Vorgaben zur Bestimmung von Tarifen. Artikel 43 Absatz 6 KVG fordert eine kostengünstige gesundheitliche Versorgung und damit eine wirtschaftliche Tarifgestaltung (Gebot der Wirtschaftlichkeit). Daraus wird nicht zuletzt abgeleitet, dass ein Wechsel der Tarifierung dann nicht zu Mehrkosten und zu höheren Abgeltungen für die erbrachten Leistungen führen darf, wenn Qualität und Menge der erbrachten Leistungen mehr oder weniger gleich bleiben und somit keine Faktoren vorliegen, die höhere Kosten rechtfertigen. Ferner haben die Tarife auch der Billigkeit zu entsprechen. Mit dem Grundsatz der Billigkeit wird einerseits der Grundsatz der wirtschaftlichen Tragbarkeit verbunden, wonach zu prüfen ist, ob die mit einem Tarif verbundenen Auswirkungen auf die Kosten und Prämien für die Versicherten tragbar sind. Andererseits ist aus dem Grundsatz der Billigkeit auch abzuleiten, dass eine Tarifstruktur ausgewogen zu sein hat, das heisst, dass damit nicht eine bestimmte Leistungserbringergruppe bevorzugt werden soll.

Ein Ziel bei Einführung des Tarmed war die finanzielle Aufwertung der intellektuellen ärztlichen Leistungen gegenüber den technisch-apparativen Leistungen. Die Tarifstruktur Tarmed basiert massgeblich auf Datengrundlagen aus den Neunzigerjahren. Der medizinische und technische Fortschritt hat indessen zu Verschiebungen in der Struktur, das heisst zu einer veränderten Relation einzelner Leistungen zueinander geführt. Die Tarifstruktur darf in diesem Sinne als nicht mehr sachgerecht betrachtet werden. Insbesondere ist in den letzten Jahren eine stärkere Steigerung des Taxpunktvolumens der technischen Leistungen im Vergleich zu den intellektuellen ärztlichen Leistungen zu beobachten. Daraus kann abgeleitet werden, dass es insbesondere bei den technischen Leistungen Produktivitätsgewinne gegeben hat, welche aufgrund des Gebots der Wirtschaftlichkeit und der betriebswirtschaftlichen Bemessung zumindest teilweise zu kompensieren sind.

Der Bundesrat hätte die Anpassungen an der Tarifstruktur in Form einer Teil- oder Gesamtrevision des Tarmed durch die Tarifpartner bevorzugt. Leider haben sich die Tarifpartner über keine solche Tarifrevision einigen können. Der Bundesrat sieht daher vor, seine subsidiäre Kompetenz nach Artikel 43 Absatz

5bis KVG wahrzunehmen, um die erwähnten Tarifverzerrungen zwischen ärztlichen und technischen Leistungen kompensieren zu können. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat am 16. Dezember 2013 einen entsprechenden Verordnungsentwurf in die Anhörung gegeben. Darin ist vorgesehen, dass im Tarmed eine Zuschlagsposition auf der Grundkonsultation eingeführt wird, welche nur die Grundversorgerinnen und Grundversorger abrechnen können. Im Gegenzug werden die Taxpunkte für technische Leistungen von bestehenden ausgewählten Tarifpositionen gesenkt. Der vorgesehene Eingriff widerspricht nicht der Einheitlichkeit der Tarifstruktur gemäss Artikel 43 Absatz 5 KVG, sondern bewegt sich in der Logik der bestehenden Tarifstruktur. Wichtig ist, darauf hinzuweisen, dass der vorgeschlagene Eingriff lediglich als Übergangsmassnahme bis zu einer weitergehenden, von den Tarifpartnern auf Ende 2015 geplanten Revision der Tarifstruktur zu verstehen ist. Die Tarifpartner sind also aufgefordert, aufgrund der nur ihnen zur Verfügung stehenden detaillierten Daten eine differenzierte Revision des Tarmed zu vereinbaren und dem Bundesrat zur Genehmigung vorzulegen.

2. Dem Bundesrat stehen keine anderen gesetzlichen Massnahmen zur Verfügung. Einzig im Tarifbereich verfügt er über eine gesetzliche Kompetenz, in die Vergütungssysteme einzugreifen. Weder die Einführung der Vertragsfreiheit noch die Vorlage zu Managed Care mit der Möglichkeit der Leistungserbringer, sich selbst zu organisieren, wurden angenommen.
3. Die Massnahme wird weder zu einem Versorgungsengpass führen, noch ist davon auszugehen, dass die finanziellen Auswirkungen der geplanten Massnahmen einen Anreiz darstellen, Leistungen, die bisher aus medizinischen Gründen und im Interesse des Patienten ambulant erbracht worden sind, in den stationären Bereich zu verlagern. Grund dafür ist, dass die finanziellen Einbussen – insbesondere für Spezialärztinnen und Spitalärzte – bezogen auf deren Gesamteinnahmen, die zu einem guten Teil auch aus Leistungen ausserhalb der OKP stammen, als relativ gering zu beurteilen sind.

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt.