

Referenztarife im Dienste fiskalischer Eigeninteressen

Kantone wie Neuenburg, Wallis und Aargau untergraben mit tiefen Referenztarifen die freie Spitalwahl und den angestrebten interkantonalen Spitalwettbewerb.

Eine einheitliche Regelung tut Not. – Von Michael Waldner

8930 Franken in Neuenburg und im Wallis, 9000 Franken im Aargau – so tief liegen die Referenztarife, die die genannten Kantone für ausserkantonale Wahlbehandlungen ab 1. Januar 2018 anwenden. Derart tiefe Referenztarife bedeuten, dass sich Patienten aus diesen Kantonen faktisch nicht mehr wahlweise ohne eigene Kostenbeteiligung ausserkantonale behandeln lassen können.

Dabei war die Schaffung schweizweiter Spitalwahlfreiheit für alle Versicherten eine der bewussten Neuerungen der neuen Spitalfinanzierung. Diese Wahlfreiheit ist nicht nur eine sozialversicherungsrechtliche Wohltat für die Patienten, sondern auch die Grundlage für den vom Gesetzgeber angestrebten interkantonalen Spitalwettbewerb.

Korrektiv zur freien Spitalwahl

Das Institut der Referenztarife stellt dabei nach dem Willen des Gesetzgebers insofern ein Korrektiv zur freien Spitalwahl dar, als Wohnkanton und OKP im Falle einer ausserkantonalen Wahlbehandlung die Vergütung nur nach jenem Tarif übernehmen müssen, «der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt» (Art. 41 Abs. 1bis KVG). Eine allfällige Differenz zwischen diesem Referenztarif und dem Tarif des gewählten ausserkantonalen Spitals ist vom Patienten oder dessen Zusatzversicherung zu tragen.

Dieser Mechanismus soll Kantone, die ihre Spitäler finanziell an der kurzen Leine halten, davor schützen, die teureren Spitäler in ausgabefreudigeren Nachbarkantonen übermässig mitsubventionieren zu müssen. Berechtigten fiskalischen Interessen sparsamer Wohnkantone wird damit Rechnung getragen.

Gesetzeswidrige Festlegung der Referenztarife

Wie die Referenztarife zu bestimmen sind, regelt das Gesetz nicht näher. Eine Auswertung zeigt, dass die Praxis der Kantone sehr heterogen ist (vgl. Tabelle). Aufgrund des Gesetzeswortlauts «für die betreffende Behandlung» ist immerhin klar, dass eine leistungsspezifische Betrachtung, z.B. entsprechend der Zugehörigkeit zu einer Spitalleistungsgruppe, vorzunehmen ist. Als Referenztarife in Betracht kommen daher nur die Tarife von inner- oder ausserkantonalen Listenspitälern, die die fragliche Leistung gemäss ihrem Leistungsauftrag anbieten. Bieten mehrere Spitäler eine bestimmte

Leistung zu je unterschiedlichen Tarifen an, so sprechen gute Argumente dafür, von einem nach Patientenvolumen gewichteten «Mischtarif» aller Listenspitäler, die die fragliche Leistung anbieten, auszugehen. Diesen «Mischtarif» muss sich der Kanton als Ergebnis seiner eigenen Spitalplanung anrechnen lassen. Unter keinen Umständen kann der Referenztarif tiefer liegen, als der Tarif des «günstigsten» Listenspitals, das die fragliche Leistung anbietet; ansonsten kann nicht mehr davon gesprochen werden, dass es sich um einen Tarif «für die betreffende Behandlung» handelt.

Eben dies ist jedoch bei den Referenztarifen in Neuenburg, Wallis und Aargau

	Grund.	Zentr.	Uni.		Grund.	Zentr.	Uni.
ZH	9'547	9'547	11'400	SH	9'515	9'515	10'870
BE	9'575	9'575	10'800	AR	9'460		11'400
LU	9'800		11'400	AI	9'460	9'900	10'870
UR	9'590		10'650	SG	9'515	9'900	11'150
SZ	9'585	9'585	11'300	GR	9'670	9'670	9'670
OW	9'590	9'590	Insel	AG	9'000	9'000	9'000
NW	9'590	9'800	10'650	TG	9'600	9'600	9'600
GL	9'710		10'870	TI			
ZG	9'564	9'564	10'870	VD	9'600	9'600	10'650
FR	9'045	9'045	10'650	VS	8'930	8'930	8'930
SO	9'650	9'650*	10'800	NE	8'930	8'930	8'930
BS	10'170	10'170	10'170	GE	10'400	10'400	10'400
BL	9'837	9'837	9'837	JU	9'650	9'650	9'650

* CHF 10'800 für Leistungen, die SoH nicht anbieten.

Referenztarife 2018 in 26 Kantonen für Grund-, Zentrums- und universitäre Leistungen (vereinfacht). Die Kantone verfolgen sehr unterschiedliche Ansätze: Differenzierung zwischen universitären und nicht-universitären Leistungen (z.B. BE, ZH); Differenzierung pro SPLG (z.B. LU); tiefster Tarif eines Listenspitals (z.B. AG, NE, GE). Vereinbarkeit mit KVG: Grün: hoch; Orange: mittel; Rot: tief (alle Angaben ohne Gewähr).

fast durchgehend der Fall: Sie orientieren sich am Tarif des jeweils günstigsten Spitals auf ihrer Spitalliste. Es handelt sich durchgehend um kleine Listenspitäler mit sehr engem Leistungsspektrum. Solche Referenztarife behindern in KVG-widriger Weise den interkantonalen Spitalwettbewerb und schränken die freie Spitalwahl des Patienten unzulässig ein. Analoge Verstösse gegen das Gesetz bestehen zumindest punktuell in zahlreichen Kantonen.

Die Spitalwahlfreiheit bildet die Grundlage für den vom Gesetzgeber angestrebten interkantonalen Spitalwettbewerb.

Rechtliche Grundlage oftmals wacklig

Doch wie gehen ausserkantonale Spitäler damit um, wenn der Nachbarkanton prohibitiv tiefe Referenztarife festsetzt? In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob die vom Kanton kommunizierten Referenztarife überhaupt rechtsverbindlich sind. Dies ist nur dann der Fall, wenn sie von der kantonal zuständigen Behörde in einem offiziellen Beschluss zustande gekommen sind.

Wie ein Blick auf die kantonale Praxis zeigt, sind bereits diese Voraussetzungen in manchen Kantonen nicht erfüllt. Referenztarife, die bloss auf einer Website der kantonalen Verwaltung publiziert sind, haben keine Bindungswirkung. Das Spital kann – unter Beachtung der oben erwähnten Grenzen – dem Wohnkanton und dem Versicherer maximal seinen eigenen Tarif in Rechnung stellen und seinen Anspruch nötigenfalls gerichtlich durchsetzen.

Gerichtliche Überprüfbarkeit

Setzt der Wohnkanton einen Referenztarif in einem formellen, publizierten Entscheid fest, so ist dieser innert 30 Tagen nach seiner Publikation beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer) anfechtbar. Das BVGer hat zwar in einer nicht entscheidrelevanten Erwägung im Urteil BVGE 2013/17 ausgeführt, ausserkantonale Spitäler seien mangels Betroffenheit nicht zur Beschwerde gegen Referenztarife legitimiert, da sie eine allfällige Differenz zum eigenen Tarif ja dem Patienten oder dessen Zusatzversi-

cherung in Rechnung stellen könnten. Diese Argumentation vermag indes nicht zu überzeugen: Es ist offenkundig, dass die ausserkantonalen Spitäler von zu tiefen Referenztarifen sowohl mittelbar, aufgrund eines möglichen Ausbleibens von Patienten, als auch ganz direkt in ihren gesetzlich verankerten Forderungsansprüchen an den Wohnkanton und die OKP betroffen sind. Die Frage der Legitimation ausserkantonomer Spitäler zur Anfechtung eines Beschlusses über die Referenztarife eines Nachbarkantons wäre dem Gericht daher nötigenfalls erneut zur Entscheidung vorzulegen.

Selbst wenn aber den Spitälern das Recht zur Anfechtung eines allgemeinverbindlichen Beschlusses über die Referenztarife verweigert wird, muss es ihnen gestattet sein, den Referenztarif zumindest im konkreten Anwendungsfall auf seine Gesetzmässigkeit überprüfen zu lassen, sei es im Rahmen einer Forderungsklage gegen einen Krankenversicherer oder in einem Verfahren zur Durchsetzung des Leistungsanspruchs gegen den Wohnkanton.

Bereits die Publikation KVG-widriger Referenztarife hat das Potenzial den Wettbewerb zu verzerren.

Vereinheitlichung täte Not

Unbefriedigend sind diese prozessualen Ansätze insofern, als bereits die blosser Publikation eines rechtswidrigen Referenztarifs bis zu seiner gerichtlichen Beseitigung zu Verunsicherung und zum möglichen Ausbleiben von Patienten führt.

Diese Art, Fakten zu schaffen, ist umso weniger hinnehmbar, als der Gesetzgeber mit den Referenztarifen den Kantonen keineswegs ein Instrument an die Hand geben wollte, um den Spitalwettbewerb im eigenen Ermessen zuzulassen oder zu unterbinden. Tatsächlich droht die sehr heterogene und teilweise fiskalisch motivierte Praxis der Kantone den vom Gesetzgeber angestrebten Spitalwettbewerb zu unterlaufen. Um die resultierenden Verzerrungen des Spitalwettbewerbs zu vermeiden und gleich lange Spiesse für alle Spitäler zu schaffen, scheint an dieser Stelle eine einheitliche Regelung durch den Bundesrat angezeigt. ■



Michael Waldner, lic. iur. et Dipl. Natw. ETH, Rechtsanwalt, Partner, VISCHER AG; mwaldner@vischer.com

Préserver le libre choix de l'hôpital

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les cantons de Neuchâtel, du Valais et d'Argovie appliquent des tarifs de référence très bas (art. 41 al. 1bis LAMal): CHF 8930 pour les deux premiers et CHF 9000 pour le troisième. De tels tarifs signifient que leurs résidents ne peuvent pratiquement plus choisir un traitement hospitalier hors des frontières cantonales sans devoir participer aux coûts. Le libre choix de l'hôpital pour tous les assurés sur le territoire suisse, qui est pourtant une des innovations du nouveau financement hospitalier, est entravé par des tarifs de référence si bas qu'ils en sont prohibitifs. C'est contraire à la loi et cela biaise la concurrence intercantonale entre les hôpitaux.

Comment les hôpitaux extra-cantonaux peuvent-ils agir face à une telle pratique du canton voisin? Dans un premier temps, il faut contrôler si les tarifs de référence communiqués sont légalement contraignants. Ils ne sont obligatoires que s'ils ont été fixés par décision officielle de l'autorité cantonale compétente, ce qui n'est pas toujours le cas. Les décisions prises de manière correcte formellement devront si nécessaire être soumises à l'examen des tribunaux. Or, de la simple publication d'un tarif contraire à la loi à sa suppression par voie juridique, il y a de quoi déstabiliser les patients, voire les décourager. Une telle procédure n'est donc pas satisfaisante. Afin d'éviter les distorsions de concurrence, il faudrait donc que le Conseil fédéral édicte une réglementation uniforme. ■