GESUNDHEIT

Prüfung der Prozesse zur Sicherstellung der Kostenrealität im medizinischen Tarifwesen

Bundesamt für Gesundheit

EFK-23653

VERSION INKL. STELLUNGNAHMEN

16.12.2024

EIDGENÖSSISCHE FINANZKONTROLLE
CONTRÔLE FÉDÉRAL DES FINANCES
CONTROLLO FEDERALE DELLE FINANZE
CONTROLLA FEDERALA DA FINANZAS
SWISS FEDERAL AUDIT OFFICE

DOKUMENTINFORMATION

BESTELLADRESSE ADRESSE DE COMMANDE INDIRIZZO DI ORDINAZIONE ORDERING ADDRESS	Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) Monbijoustrasse 45 3003 Bern Schweiz
BESTELLNUMMER NUMÉRO DE COMMANDE NUMERO DI ORDINAZIONE ORDERING NUMBER	316.23653
ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN COMPLÉMENT D'INFORMATIONS INFORMAZIONI COMPLEMENTARI ADDITIONAL INFORMATION	www.efk.admin.ch info@efk.admin.ch + 41 58 463 11 11
ABDRUCK REPRODUCTION RIPRODUZIONE REPRINT	Gestattet (mit Quellenvermerk) Autorisée (merci de mentionner la source) Autorizzata (indicare la fonte) Authorized (please mention source)

PRIORITÄTEN DER EMPFEHLUNGEN

Die Eidgenössische Finanzkontrolle priorisiert ihre Empfehlungen auf der Grundlage definierter Risiken: 1 = hoch, 2 = mittel, 3 = gering.
Als Risiken gelten beispielsweise unrentable Projekte, Verstösse gegen die Legalität oder Ordnungsmässigkeit, Haftungsfälle oder Reputationsschäden. Damit werden die Auswirkungen und die Wahrscheinlichkeit des Eintretens beurteilt. Diese Beurteilung richtet sich nach dem konkreten Prüfungsgegenstand (relativ) und nicht nach der Relevanz für die Bundesverwaltung als Ganzes (absolut).

INHALTSVERZEICHNIS

Das Wesentliche in Kürze **4**
L'essentiel en bref **6**
L'essenziale in breve **9**
Key facts **12**

1 Auftrag und Vorgehen **15**
1.1 Ausgangslage 15
1.2 Prüfungsziel und-fragen 15
1.3 Prüfungsumfang und-grundsätze 16
1.4 Unterlagen und Auskunftserteilung 17
1.5 Schlussbesprechung 17

2 Wie kommen Tarife zustande? **18**
2.1 Gesetz gibt den Rahmen vor und lässt den Tarifpartnern viel Freiraum 18
2.2 Pflichten und Möglichkeiten der Tarifpartner für die Tarifpflege 20
2.3 Amtstarife als Ausnahme 21
2.4 Ressourcen für die Tarifpflege 21

3 Sicherstellung der Kostenrealität **22**
3.1 Tarifstrukturen bilden die Kostenrealität nur bedingt ab 22

4 Prozesse für die Tariffindung **25**
4.1 Langwierige Verhandlungen mit Verzögerungen 25

5 Kompetenzen und Instrumente des Bundes **28**
5.1 Begrenzte Möglichkeiten auf Verhandlungstarife Einfluss zu nehmen 28
5.2 Verhandlungstarife garantieren keine bessere Tarifpflege als Amtstarife 30

Anhang 1 – Rechtsgrundlagen und parlamentarische Vorstösse 33
Anhang 2 – Abkürzungen 34
Anhang 3 – Auswahl der Tarifstrukturen 35
Anhang 4 – Exkurs Chiropraktik (KVG vs. UVG) 37

PRÜFUNG

Prüfung der Prozesse zur Sicherstellung der Kostenrealität im medizinischen Tarifwesen

Bundesamt für Gesundheit

DAS WESENTLICHE IN KÜRZE

Die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) belaufen sich auf rund 40 Milliarden Franken pro Jahr. Wie viel eine Arztpraxis oder ein Spital für eine bestimmte Leistung zulasten der OKP abrechnen darf, ist in der Schweiz reguliert. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Leistungserbringer und Krankenversicherer die Vergütung untereinander aushandeln, in Tarifstrukturen vertraglich festhalten und von einer Behörde genehmigen lassen. Eine Ausnahme bilden die sogenannten Amtstarife: Für Medikamente, Laboranalysen und Hilfsmittel bestimmt das jeweils zuständige Amt oder Departement die Vergütung.

Ähnliche Prozesse finden sich ausserhalb der OKP, wo ebenfalls Tarife zur Anwendung kommen, etwa in der Unfall- oder Invalidenversicherung. Insgesamt gibt es über 30 unterschiedliche Tarifstrukturen. Im KVG dürfen Tarife höchstens die effektiven und für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Dies ist eine zentrale Vorgabe, die in diesem Bericht unter dem Begriff «Kostenrealität» zusammengefasst wird. Dazu müssen Tarife regelmässig weiterentwickelt und den aktuellen Gegebenheiten angepasst werden.

Die EFK hat anhand ausgewählter Tarife die Prozesse im Bereich der OKP untersucht, die die Kostenrealität sicherstellen sollen. Ziel der Prüfung war eine Beurteilung, ob der Bund bei der OKP über die erforderliche Ausstattung verfügt, um die Kostenrealität zu gewährleisten, und ob er diese Ausstattung auch nutzt. Die Prüfung ergab, dass es im ambulanten Bereich an verbindlichen Mechanismen zur Weiterentwicklung von Tarifstrukturen fehlt. Der Bund kann dies nur bedingt beeinflussen. Das KVG lässt den Vertragsparteien viel Freiheit. Dies muss per se nicht problematisch sein, solange beide Seiten an einer Lösung interessiert sind. Die unterschiedlich gelagerten Interessen führen aber häufig zu Verzögerungen oder gar Blockaden. Dies kann dazu führen, dass Leistungen zu überhöhten Preisen vergütet werden: Zum Beispiel kann die notwendige Zeit zur Behandlung durch technische Fortschritte seit Einführung der Tarifstruktur deutlich gesunken sein. Die EFK stellt fest, dass der Bund in den letzten Jahren zwar mehr Einfluss nimmt, seine Kompetenzen zur Sicherstellung der Kostenrealität aber noch nicht ausschöpft.

Bisher keine zuverlässigen Prozesse im ambulanten Bereich

Die Datengrundlagen vieler Tarifstrukturen wurden seit Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 nicht aktualisiert. Nach den vom Bundesrat verordneten Grundsätzen der Tarifgestaltung müssten die Vertragsparteien die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Kostenrealität nicht mehr gewährleistet ist. Ausserdem wäre das BAG über die Resultate der Überprüfung zu informieren, was in Realität nicht geschieht. Das KVG macht den Vertragsparteien – auch Tarifpartner genannt – seit 2024 strengere Vorgaben. Es verpflichtet sie, Mengen, Volumen und Kosten zu überwachen. Mit diesem Monitoring sollten künftig auffällige Entwicklungen rascher zu einer Überprüfung führen. Bleiben diese Messgrössen dagegen konstant, kann eine veraltete oder bereits bei ihrer Einführung nicht kostenreale Tarifstruktur weiterbestehen, ohne je überprüft zu werden. Eine flankierende periodische Überprüfung, wie sie Gesetz und Verordnung vorsehen, ist damit noch nicht gewährleistet.

Gibt es Bedarf nach einer Anpassung der Tarifstruktur, nehmen die Tarifpartner Verhandlungen über die anstehende Revision auf. In den letzten Jahrzehnten kam es verschiedentlich zu Verzögerungen, weil sich die Tarifpartner nicht darauf einigen konnten, wie die Revision angegangen werden soll. Verhandlungen zogen sich oft über Jahre hin und belasteten die Ressourcen aller Beteiligten. Grosses Konfliktpotenzial bergen die zu erhebenden Daten. Es gibt kaum Anhaltspunkte für ein strukturiertes Vorgehen. Aus Sicht der Krankenversicherer würden sich die Tarifpartner idealerweise zu Beginn auf wichtige Eckwerte einigen. Oft befänden sich die

Leistungserbringer zu diesem Zeitpunkt aber bereits in der Datenerhebung, ohne sich vorgängig mit den Versicherern über die Erhebungsmethode geeinigt zu haben.

Die EFK hälft jedoch auch fest, dass sich Tarifstrukturen im besten Fall auf aktuelle Daten abstützen, aber immer auch ein Verhandlungsergebnis darstellen. Viele Leistungserbringer können Leistungen auch über andere Sozialversicherungen wie die Unfallversicherung abrechnen. Dort können sie tendenziell vorteilhaftere Tarifstrukturen aushandeln, also eine höhere Vergütung für die gleiche Leistungsposition. Die Leistungserbringer haben daher einen Anreiz, zuerst das Gespräch mit den Vertretern der Unfallversicherung zu suchen, bevor sie die Struktur nach KVG aushandeln. Solch taktisches Vorgehen kann fällige Tarifrevisionen im KVG-Bereich weiter verzögern.

Besser funktioniert die Koordination bei den Tarifstrukturen für stationäre Behandlungen. Die Verantwortung für deren Weiterentwicklung wurde per Gesetz der 2008 gegründeten SwissDRG AG übergeben. Ein analoges Modell hat das Parlament für den ambulanten Bereich diskutiert, vorerst aber auf ärztliche Leistungen beschränkt. 2022 wurde nach dem Vorbild der SwissDRG AG eine weitere Gesellschaft gegründet, die OAAT AG. Sie soll sich künftig um die Nachfolgelösung des veralteten Arzttarifs TARMED kümmern. Auch wenn viele Umsetzungsfragen noch offen sind, erachtet die EFK den Einsatz einer solchen Tariforganisation im ambulanten Bereich als Chance für eine effizientere Tarifpflege – sowohl für ärztliche wie auch für nicht-ärztliche Leistungen.

Trotz begrenzter Einflussmöglichkeiten könnte der Bund seine Kompetenzen besser nutzen

Ergänzend zum Einsatz nationaler Tariforganisationen könnte das BAG die Tarifpartner klarer über die Kriterien informieren, die es bei der Genehmigung anwendet, insbesondere über die Anforderungen an die Datenerhebung. In den letzten Jahren stand es ihnen bei Revisionen enger zur Seite, um Fragen bereits während den Verhandlungen zu klären. Von konkreten Anhaltspunkten können vor allem kleine Verbände profitieren. Verbindliche Auflagen kann das BAG allerdings erst im Rahmen des Genehmigungsverfahrens machen. Zudem sollte das BAG eine periodische Überprüfung bei allen Tarifstrukturen in seiner Zuständigkeit verlangen.

Mehr Möglichkeiten hat der Bundesrat. Er kann eine veraltete Tarifstruktur anpassen, wenn sich die Tarifpartner nicht auf eine Revision einigen. Zu diesem Zweck kann er seit 2023 umfassende Daten von den Tarifpartnern einfordern. In der Vergangenheit hat der Bundesrat zweimal in den Tarif für ambulante ärztliche Leistungen TARMED eingegriffen. 2023 hat er auch für die Physiotherapie ein Festsetzungsverfahren eröffnet, das er 2024 unter der Bedingung zurückzog, dass ein Vorschlag der Tarifpartner bis Mai 2025 vorliegt. Mehr Kompetenzen für Datenzugriffe im Bereich der Tarifpflege hat 2023 auch das BAG erhalten. Es fehlt aber noch ein konkretes Umsetzungskonzept, wie das BAG neue Kompetenzen nutzt, um die Kostenrealität von Tarifstrukturen sicherzustellen. Dies gilt es bei der Umsetzung übergeordneter Vorhaben zur besseren Verwertung von Daten im Gesundheitswesen zu adressieren.

Verhandlungstarife garantieren keine bessere Tarifpflege als Amtstarife

Die EFK fand keine Hinweise, dass Verhandlungstarife eine bessere Tarifpflege ermöglichen als Amtstarife. Beim Vergleich mit den Amtstarifen fällt aber auf, dass dort die neuen Kompetenzen für Datenzugriffe nicht gelten. Obwohl der Bund diese Tarifstrukturen selbst festlegt, hat er gegenüber den Leistungserbringern weniger Handhabe. Für eine zweckmässige und kostenreale Struktur ist er auf die Mitwirkung der Leistungserbringer angewiesen. Das Beispiel der Laboranalysen zeigt, dass die Tarifstruktur in der Vergangenheit zu wenig gepflegt wurde. Das 2017 gestartete, noch laufende umfassende Revisionsprojekt transAL dauert lange, verspricht aber in mancher Hinsicht Verbesserungen. Das Eidg. Departement des Innern könnte bei der nächsten Gesetzesrevision darauf hinwirken, auch bei den Amtstarifen mehr Kompetenzen zu erhalten, um bei Bedarf die erforderlichen Daten bei den Leistungserbringern einfordern zu können.

AUDIT

Audit des processus destinés à assurer la réalité des coûts dans le domaine des tarifs médicaux

Office fédéral de la santé publique

L'ESSENTIEL EN BREF

Les dépenses de l'assurance obligatoire des soins (AOS) s'élèvent chaque année à environ 40 milliards de francs. En Suisse, les frais que les cabinets médicaux ou les hôpitaux peuvent facturer à l'AOS pour une prestation déterminée sont réglementés. En vertu de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie doivent négocier ensemble les rémunérations, les consigner dans des structures tarifaires et les faire approuver par une autorité. Cette procédure ne concerne pas les « tarifs officiels » : pour les médicaments, les analyses de laboratoire et les moyens diagnostiques, la rémunération est fixée par l'office ou le département compétent.

L'AOS n'est pas la seule assurance à disposer de tels processus et, par exemple, l'assurance-accidents et invalidité applique également des tarifs. Il existe en tout plus de 30 structures tarifaires différentes. Conformément à la LAMal, les tarifs doivent couvrir au maximum les coûts effectifs et nécessaires à la fourniture efficiente de prestations. Dans le présent rapport, ces aspects centraux sont regroupés sous le terme de « réalité des coûts ». À cet effet, les tarifs doivent régulièrement évoluer et être adaptés à la situation en présence.

Le Contrôle fédéral des finances (CDF) a analysé les processus relevant de l'AOS et visant à garantir la réalité des coûts en s'appuyant sur une sélection de tarifs. L'objectif de l'audit était de déterminer si la Confédération dispose des ressources nécessaires dans le domaine de l'AOS pour garantir l'application du principe de réalité des coûts et si elle en fait effectivement usage. L'audit a révélé qu'il manque des mécanismes contraignants permettant de faire évoluer les structures tarifaires dans le domaine ambulatoire. La Confédération ne dispose ici que d'une marge de manœuvre restreinte, la LAMal accordant une grande liberté aux parties aux conventions. Cela ne constitue pas un problème en soi, du moment qu'il est dans l'intérêt des deux parties de trouver une solution. Cependant, les divergences d'intérêts sont souvent source de retards, voire de blocages, lesquels sont susceptibles de se traduire, au final, par une rémunération excessive des prestations. Tel peut être le cas, par exemple, si les progrès techniques réalisés après l'introduction d'une structure tarifaire permettent de réduire fortement le temps de traitement requis. Le CDF constate que, bien qu'elle soit intervenue plus fréquemment au cours des dernières années, la Confédération pourrait renforcer encore ses compétences pour garantir le respect du principe de réalité des coûts.

Toujours pas de processus fiables dans le domaine ambulatoire

Les bases de données concernant de nombreuses structures tarifaires n'ont pas été mises à jour depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996. Conformément aux principes de tarification prescrits par le Conseil fédéral, les parties à la convention doivent vérifier régulièrement les tarifs et les adapter s'il n'est plus garanti que ces derniers reflètent la réalité des coûts. En outre, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) n'est pas informé des conclusions des vérifications, alors qu'il devrait l'être. Depuis 2024, la LAMal définit de nouvelles obligations pour les parties à la convention. Aussi appelées partenaires tarifaires, celles-ci sont désormais tenues de surveiller les quantités, les volumes et les coûts. Ce monitorage devrait permettre à l'avenir de procéder plus rapidement à une vérification en cas d'évolutions notables. Mais si les valeurs de référence restent constantes, il se peut toutefois qu'une structure tarifaire obsolète ou ne reflétant pas la réalité des coûts dès son

introduction soit conservée sans jamais être réexaminée. Il n'est donc pas garanti que le réexamen périodique de suivi prévu tel que par la loi et l'ordonnance soit réalisé.

S'il est nécessaire d'adapter la structure tarifaire, les partenaires tarifaires doivent entamer des négociations sur la future révision. À plusieurs reprises, l'incapacité des partenaires tarifaires à s'accorder sur les modalités de la révision a engendré des retards au cours des dernières décennies. Les négociations ont souvent duré plusieurs années et eu un impact négatif sur les ressources de l'ensemble des parties concernées. Les données à collecter peuvent constituer une importante source de conflit. Il n'existe que peu d'éléments indiquant comment procéder de manière structurée. Les assureurs-maladie estiment que les partenaires tarifaires devraient, dans l'idéal, commencer par s'accorder sur les indicateurs importants à définir et regrettent que les fournisseurs de prestations aient souvent déjà entamé la phase de collecte des données, sans avoir convenu au préalable avec les assureurs de la méthode à employer.

Toutefois, le CDF constate également que, si les structures tarifaires reposent, au mieux, sur des données à jour, elles sont aussi toujours le résultat d'une négociation. De nombreux fournisseurs de prestations peuvent aussi facturer des prestations par l'intermédiaire d'autres assurances sociales, telles que l'assurance-accidents. Ils ont tendanciellement la possibilité de négocier dans ce cadre des structures tarifaires plus avantageuses et donc de bénéficier d'une meilleure rémunération pour une même position de prestations. Les fournisseurs de prestations sont donc incités à commencer par discuter avec les représentants de l'assurance-accidents avant de négocier l structure tarifaire selon la LAMal. Or de telles tactiques ont pour effet de repousser encore les révisions nécessaires de la LAMal en matière de tarifs.

La coordination est meilleure concernant les structures tarifaires des traitements dans le domaine stationnaire. La responsabilité de leur développement a été confiée à SwissDRG SA, une institution créée par la loi en 2008. Le Parlement a débattu d'un modèle analogue pour le domaine ambulatoire, mais en le limitant dans un premier temps aux prestations médicales. Une nouvelle organisation, OTMA SA, a été fondée en 2022 sur le modèle de SwissDRG SA. Elle est appelée à trouver une solution de remplacement au tarif médical TARMED devenu obsolète. Même si de nombreuses questions de mise en œuvre restent à régler, le CDF estime que le recours à une telle organisation tarifaire dans le domaine ambulatoire constitue une opportunité, qui permettra d'améliorer l'efficience de la mise à jour des tarifs, aussi bien pour les prestations médicales que non médicales.

Bien que les leviers d'action soient limités, la Confédération pourrait faire un meilleur usage des compétences dont elle dispose

En complément du recours à des organisations tarifaires nationales, l'OFSP pourrait mieux informer les partenaires tarifaires sur les critères d'approbation appliqués, notamment sur les exigences relatives à la collecte des données. Ces dernières années, il a collaboré étroitement avec eux dans le cadre de révisions en répondant à leurs questions dès la phase de négociation. Les indications concrètes qu'il fournit profitent avant tout aux petites associations professionnelles. L'OFSP ne peut toutefois poser des conditions contraignantes que dans le cadre de la procédure d'approbation. En outre, il devrait exiger que toutes les structures tarifaires relevant de sa compétence fassent l'objet d'une vérification périodique.

Le Conseil fédéral a davantage de leviers. Il peut adapter les structures tarifaires obsolètes si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre sur une proposition de révision. Depuis 2023, il peut leur demander à cette fin des données exhaustives. Dans le passé, le Conseil fédéral est intervenu deux fois dans le domaine du tarif des prestations médicales ambulatoires TARMED. En 2023, il a également ouvert une procédure d'établissement du tarif de physiothérapie, puis l'a interrompue en 2024 en imposant aux partenaires tarifaires de soumettre une proposition d'ici mai 2025. Il a également accordé à l'OFSP en 2023 des compétences élargies en matière d'accès aux données dans le domaine de la tarification. Un plan concret de mise en œuvre fait toutefois encore défaut en ce qui concerne la manière dont l'OFSP peut utiliser ses nouvelles compétences pour garantir que les structures tarifaires reflètent la réalité des coûts. Cette question devra être traitée lors de

la mise en œuvre des projets généraux visant à améliorer l'exploitation des données au sein du système de santé.

Il n'est pas garanti que les tarifs négociés permettent une meilleure mise à jour que les tarifs officiels

Pour le CDF, rien n'indique que les tarifs négociés permettent une meilleure mise à jour que les tarifs officiels. La comparaison avec les tarifs officiels révèle cependant que les nouvelles compétences de l'OFSP en matière d'accès aux données ne s'appliquent pas à ces derniers. Même si, dans ce cas, la Confédération fixe elle-même les structures tarifaires, elle a moins de prise sur les fournisseurs de prestations. Or elle doit pouvoir compter sur leur collaboration pour parvenir à établir une structure qui soit adéquate tout en reflétant la réalité des coûts. L'exemple des analyses de laboratoire montre que la mise à jour de la structure tarifaire a été insuffisante dans le passé. Lancé en 2017, le projet de révision complète transAL, encore en cours et prévu pour une longue durée, promet toutefois des améliorations sur de nombreux plans. Lors de la prochaine révision de loi, le Département fédéral de l'intérieur pourrait faire le nécessaire pour obtenir des compétences élargies également dans le domaine des tarifs officiels, qui lui permettraient d'exiger, au besoin, que les fournisseurs de prestations lui fournissent les données nécessaires.

VERIFICA

Verifica dei processi volti a garantire la realtà dei costi nel sistema tariffario medico

Ufficio federale della sanità pubblica

L'ESSENZIALE IN BREVE

Le uscite dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) ammontano a circa 40 miliardi di franchi all'anno. In Svizzera, l'importo che uno studio medico o un ospedale può fatturare a carico dell'AOMS per una determinata prestazione è regolamentato. La legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) prevede che i fornitori di prestazioni e gli assicuratori malattie concordino tra di loro la rimunerazione, la stabiliscano contrattualmente nelle strutture tariffali e la facciano approvare da un'autorità. Le cosiddette tariffe ufficiali costituiscono un'eccezione: per medicamenti, analisi di laboratorio e mezzi ausiliari è l'ufficio o il dipartimento competente a determinare la rimunerazione.

Simili processi sono riscontrabili anche al di fuori dell'ambito dell'AOMS, ad esempio nell'assicurazione contro gli infortuni o per l'invalidità, per le quali si applicano anche tariffe. Nel complesso vi sono più di 30 strutture tariffali diverse. La LAMal prevede che le tariffe possono coprire al massimo i costi effettivi e necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni. Si tratta di un requisito centrale che viene riassunto nel presente rapporto con il termine «realtà dei costi». A tal fine, le tariffe devono essere regolarmente sviluppate e adattate alle circostanze attuali.

Il Controllo federale delle finanze (CDF) ha esaminato, sulla base di tariffe selezionate, i processi nell'ambito dell'AOMS volti a garantire la realtà dei costi. L'obiettivo della verifica era valutare se la Confederazione dispone e utilizza gli strumenti necessari per garantire la realtà dei costi nell'ambito dell'AOMS. La verifica ha rivelato la mancanza di meccanismi vincolanti per lo sviluppo delle strutture tariffali nel settore ambulatoriale. La Confederazione può influire su questo aspetto solo in misura limitata, dato che la LAMal lascia molta libertà alle parti contraenti. Ciò non costituisce un problema, purché entrambe le parti siano interessate a trovare una soluzione. I diversi interessi, tuttavia, comportano spesso ritardi o persino blocchi. Questo può comportare che determinate prestazioni vengano fatturate a prezzi eccessivi: ad esempio, dall'introduzione della struttura tariffale, il tempo necessario per il trattamento potrebbe essere diminuito in modo significativo grazie ai progressi tecnici. Il CDF constata che, sebbene negli ultimi anni la Confederazione eserciti una maggiore influenza, essa non sfrutta appieno le sue competenze per garantire la realtà dei costi.

Ad oggi non esistono processi affidabili nel settore ambulatoriale

Le basi di dati di numerose strutture tariffali non sono state più aggiornate dall'entrata in vigore della LAMal nel 1996. Secondo i principi di tariffazione prescritti dal Consiglio federale, le parti contraenti dovrebbero riesaminare e adeguare regolarmente le tariffe nel momento in cui queste non riflettono più la realtà dei costi. Inoltre, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) dovrebbe essere informato dei risultati del riesame, cosa che in realtà non avviene. Dal 2024, la LAMal ha imposto requisiti più severi alle parti contraenti, note anche come partner tariffali, e le obbliga a sorvegliare le quantità, i volumi e i costi. Con questo monitoraggio, in futuro, gli sviluppi anomali dovrebbero essere sottoposti a verifica più rapidamente. Se invece tali parametri restano costanti, una struttura tariffale obsoleta o che non rifletteva i costi già al momento della sua introduzione può continuare a esistere senza essere riesaminata. Un riesame periodico complementare, come previsto da legge e ordinanza, non è quindi ancora garantito.

Se è necessario adeguare la struttura tariffale, i partner tariffali avviano le trattative per la prossima revisione. Negli ultimi decenni si sono verificati diversi ritardi perché i partner tariffali non sono riusciti a trovare un accordo su come affrontare la revisione. Spesso le trattative si sono protratte per anni e hanno messo a dura prova le risorse di tutte le parti coinvolte. I dati da raccogliere presentano un grande potenziale di conflitto. Esistono pochi punti di riferimento per procedere in modo strutturato. Dal punto di vista degli assicuratori malattie, i partner tariffali dovrebbero idealmente concordare all'inizio i parametri chiave. Spesso, però, i fornitori di prestazioni raccoglierebbero già i dati, senza aver concordato in anticipo il metodo di raccolta con gli assicuratori.

Tuttavia, il CDF osserva anche che, sebbene le strutture tariffali si basino nella migliore delle ipotesi su dati attuali, sono sempre il risultato di trattative. Molti fornitori di prestazioni possono fatturare le prestazioni anche tramite altre assicurazioni sociali, ad esempio l'assicurazione contro gli infortuni. In quel caso possono concordare strutture tariffali tendenzialmente più favorevoli, quindi una rimunerazione più elevata per la stessa posizione di prestazione. I fornitori di prestazioni sono pertanto incentivati a dialogare in primo luogo con i rappresentanti dell'assicurazione contro gli infortuni prima di concordare la struttura secondo la LAMal. Questa tattica può ritardare ulteriormente le revisioni delle tariffe nell'ambito della LAMal.

Il coordinamento riguardo alle strutture tariffali per i trattamenti stazionari funziona meglio. La responsabilità per il suo ulteriore sviluppo è stata trasferita per legge alla SwissDRG SA, fondata nel 2008. Il Parlamento ha discusso un modello simile per il settore ambulatoriale, ma per il momento lo ha limitato alle prestazioni mediche. Sul modello della SwissDRG SA, nel 2022 è stata fondata una nuova società, la OTMA SA, incaricata di trovare una soluzione che sostituisca l'obsoleta tariffa medica TARMED. Anche se molte questioni attuative sono ancora aperte, il CDF reputa il ricorso a una simile organizzazione tariffale nel settore ambulatoriale un'opportunità per rendere più efficiente l'aggiornamento delle tariffe, per le prestazioni mediche e non mediche.

La Confederazione potrebbe sfruttare meglio le sue competenze nonostante l'influenza limitata

Oltre a ricorrere a organizzazioni tariffali nazionali, l'UFSP potrebbe informare con maggiore chiarezza i partner tariffali sui criteri che applica per l'approvazione, in particolare sui requisiti per la raccolta dei dati. Negli ultimi anni l'Ufficio ha fornito loro un maggiore supporto nella revisione, al fine di chiarire le questioni già durante le trattative. Dare punti di riferimento concreti può andare a beneficio soprattutto delle piccole organizzazioni. Tuttavia, l'UFSP può imporre oneri vincolanti solo nell'ambito della procedura di approvazione. Inoltre, l'UFSP dovrebbe richiedere una revisione periodica di tutte le strutture tariffali di sua competenza.

Il Consiglio federale ha più possibilità di intervenire. L'Esecutivo può adeguare una struttura tariffale obsoleta se i partner tariffali non riescono a trovare un accordo su una revisione. A tal fine, dal 2023 può richiedere ai partner tariffali di fornire dati esaustivi. In passato, il Consiglio federale è intervenuto due volte per la tariffa per le prestazioni mediche ambulatoriali TARMED. Nel 2023 ha inoltre avviato una procedura di fissazione delle tariffe per le prestazioni di fisioterapia, che ha ritirato nel 2024 a condizione che i partner tariffali avanzino una proposta entro maggio 2025. Sempre nel 2023, all'UFSP sono state inoltre conferite ulteriori competenze per accedere ai dati nell'ambito dell'aggiornamento delle tariffe. Tuttavia, non esiste ancora un piano di attuazione concreto su come l'UFSP utilizzerà le sue nuove competenze per garantire la realtà dei costi delle strutture tariffali. Questo aspetto dovrà essere affrontato al momento dell'attuazione di progetti globali volti a migliorare l'utilizzo dei dati nel settore sanitario.

La negoziazione delle tariffe non garantisce un migliore aggiornamento delle tariffe rispetto alle tariffe ufficiali

Il CDF non ha riscontrato alcuna prova che la negoziazione delle tariffe consenta un migliore aggiornamento delle tariffe rispetto alle tariffe ufficiali. Tuttavia, un confronto con le tariffe ufficiali mostra che in questa area l'UFSP non può far uso delle sue nuove competenze per l'accesso ai dati. Sebbene la Confederazione definisca essa stessa le strutture tariffali, ha minore margine di manovra sui fornitori di prestazioni. Per una struttura adeguata e che rispecchi i costi, necessita della cooperazione dei fornitori di prestazioni. L'esempio delle analisi di laboratorio dimostra che in passato la struttura tariffale è stata aggiornata in modo insufficiente. Il progetto

di revisione globale transAL, avviato nel 2017 e tuttora in corso, richiederà molto tempo, ma promette miglioramenti sotto alcuni aspetti. Nella prossima revisione di legge, il Dipartimento federale dell'interno potrebbe adoperarsi per ottenere ulteriori competenze anche per le tariffe ufficiali, al fine di poter richiedere, se necessario, i dati necessari ai fornitori di prestazione.

AUDIT

Audit of processes to ensure that the medical tariff system reflects reality

Federal Office of Public Health

KEY FACTS

Annual total expenditure of the compulsory health insurance system amounts to CHF 40 billion. In Switzerland, the amount that a medical practice or hospital is allowed to invoice the compulsory health insurance system for a specific service is regulated. Under the Health Insurance Act (HIA), service providers and health insurers negotiate the remuneration together, record it contractually in tariff structures and get it approved by the authorities. One exception to this is the so-called official tariffs: for medication, laboratory analyses and aids, the relevant responsible office or department determines the remuneration.

Similar processes are encountered outside the compulsory health insurance in other areas where tariffs are applied, such as accident or disability insurance. In total, there are over 30 different tariff structures. Under the HIA, tariffs may cover no more than the effective and necessary costs for the efficient provision of services. This is a key requirement, which is referred to in this report as "reflecting reality". For this purpose, tariffs must be regularly reviewed and adjusted to current circumstances.

Using selected tariffs, the SFAO examined the processes in the area of compulsory health insurance which are intended to ensure that costs reflect reality. The aim of the audit was to assess whether the Confederation is appropriately equipped to ensure that costs in compulsory health insurance reflect reality, and whether it actually uses its powers. The audit revealed that, for outpatient care, there are no binding mechanisms for reviewing tariff structures. The Confederation can only exert a limited influence. The HIA allows the contracting parties a great deal of freedom. This need not be a problem per se, so long as both sides are interested in finding a solution. Yet, different interests often lead to delays or even blockages. This can result in services being remunerated at excessive prices: for example, the treatment time needed may have been significantly reduced by technical progress since the tariff structure was introduced. The SFAO found that the Confederation has exerted more influence in recent years, but it has not yet fully exploited its powers to ensure that costs reflect reality.

To date, no reliable processes in outpatient care

The data on which many tariff structures are based has not been updated since the HIA entered into force in 1996. According to the principles of tariff-setting imposed by the Federal Council, the contracting parties have to regularly review and adjust the tariffs if costs no longer reflect reality. Moreover, the FOPH has to be informed about the results of the review, which does not happen in practice. The HIA has imposed stricter conditions on the contracting parties – also called tariff partners – since 2024. It requires them to monitor amounts, volumes and costs. This monitoring is aimed at ensuring that, in future, significant developments rapidly give rise to a review. On the other hand, if these variables remain unchanged, an outdated or no longer realistic tariff structure may continue to prevail without ever being reviewed. A comprehensive periodic review, as provided for in legislation, is thus not yet guaranteed.

If an adjustment to the tariff structure is needed, the tariff partners launch negotiations about the impending revision. Delays have occurred at various times over the last few decades because the tariff partners were unable to agree on how to tackle the revision. Negotiations often dragged on for years, weighing on the resources of all involved. There is huge potential for conflict in the data to be collected. There is virtually no indication of structured procedures. From the perspective of the health insurers, the tariff partners would ideally agree on the key parameters at the start. Yet, at that time, the service providers were often already collecting data, without having agreed with the insurers about the collection method beforehand.

The SFAO also notes, however, that in the best case the tariff structures are based on current data, while also always reflecting the result of negotiations. In addition, many service providers can invoice services via other social security arrangements, such as accident insurance. Here, they tend to be able to negotiate more advantageous tariff structures, i.e. a higher remuneration for the same service item. As a result, there is an incentive for service providers to first contact the accident insurance representatives before negotiating the structure according to the HIA. Such tactics may further delay tariff revisions in the areas covered by the HIA.

Coordination works better in the case of the tariff structures for inpatient treatment. Responsibility for reviewing them was transferred by law to SwissDRG AG, founded in 2008. Parliament discussed a similar model for outpatient care, but initially limited this to medical services. In 2022, another company was established, OAAT AG, which was modelled on SwissDRG AG. Its aim is to manage the successor solution for the outdated TARMED medical tariff. Even if many open questions remain as regards implementation, the SFAO considers the use of such tariff organisations in outpatient care to be an opportunity for efficient tariff-setting – for both medical and non-medical services.

Despite limited options for exerting influence, the Confederation could use its powers better

In addition to using national tariff organisations, the FOPH could inform the tariff partners more clearly about the criteria it uses for the approval process, especially the data collection requirements. In the last few years, it worked with them more closely during revisions, in order that questions could already be dealt with during the negotiations. Small organisations, in particular, may benefit from having clear indications. However, the FOPH can only impose binding requirements during the approval procedure. Moreover, the FOPH should require a periodic review of all tariff structures within its remit.

The Federal Council has more options at its disposal. It can adjust an outdated tariff structure if the tariff partners cannot agree on a revision. For this purpose, since 2023 it has been able to demand comprehensive data from the tariff partners. In the past, the Federal Council has intervened twice in the tariff for TARMED outpatient medical services. In 2023, it also launched a price-setting procedure for physiotherapy, which it later withdrew in 2024 on the condition that the tariff partners submit a proposal by May 2025. The FOPH was also granted additional powers to access data in the area of tariff-setting in 2023. However, as yet there is no concrete implementation concept detailing how the FOPH can use these new powers to ensure that tariff structures reflect reality. These should be addressed as part of higher-level initiatives to improve the evaluation of data in the healthcare sector.

Negotiated tariffs are no guarantee of better tariff-setting than official tariffs

The SFAO found no indication that negotiated tariffs permit better tariff-setting than official tariffs. However, a comparison with official tariffs reveals that, in this area, the new powers for accessing data do not apply. Although the Confederation sets these tariff structures itself, it has very little leverage vis-à-vis the service providers. In order to achieve an appropriate tariff structure that reflects reality, it is reliant on the service providers' cooperation. The example of laboratory analyses shows that insufficient attention was paid to the tariff structure in the past. The transAL comprehensive revision project, which started in 2017 and is still running, has taken a long time but holds out the prospect of improvement in some respects. When the law is next revised, the Federal Department of Home Affairs could ask for greater powers with respect to official tariffs as well, to enable it to demand the necessary data from service providers.

GENERELLE STELLUNGNAHME GENERALSEKRETARIAT EDI

Das GS-EDI verzichtet auf eine generelle Stellungnahme.

GENERELLE STELLUNGNAHME BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT

Der Bericht gibt aus Sicht des BAG eine gute Übersicht über die Tarifbildung, insbesondere im Bereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherer (KVG). Er unterscheidet klar zwischen Vertrags- und Amtstarifen, zeigt die jeweiligen Prozesse auf, erklärt wichtige Begriffe und bettet diese ein. Damit wird ein wesentlicher Beitrag zur Transparenz in diesem Bereich geleistet.

Etwas kritisch beurteilt das BAG die Berücksichtigung der Ressourcen bei der Analyse. Die EFK berücksichtigt zwar, dass das BAG über knappe Ressourcen verfügt, fordert aber dennoch mit den Empfehlungen eine bessere Nutzung der Kompetenzen und somit eine aktivere Rolle des Bundes. Mit den bestehenden Ressourcen würde die Umsetzung der Empfehlungen letztlich mit einer zusätzlichen Prioritätensetzung verbunden sein, was dazu führen kann, dass andere Geschäfte weniger aktiv betreut bzw. gesetzliche Aufgaben vernachlässigt werden müssen. Weiter wird davon ausgegangen, dass das BAG bzw. das EDI letztlich auch bei den Vertragstarifen die Sicherstellung der Tarifpflege zu verantworten habe. Wie im Bericht ebenfalls aufgezeigt, sind die Einflussmöglichkeiten des Bundes diesbezüglich beschränkt. Das BAG bedauert, dass nur Empfehlungen zuhanden des BAG und des EDI erfolgen und keine Hinweise an die Tarifpartner erfolgen, wie diese für eine bessere Tarifpflege sorgen könnten.

Ein Ziel des Berichtes war auch der Vergleich zwischen Vertrags- und Amtstarifen betreffend Tarifpflege. Diesbezüglich nimmt das BAG zur Kenntnis, dass die EFK keine Hinweise gefunden hat, dass Vertragstarife einer besseren Tarifpflege als Amtstarife ermöglichen.

1 AUFTRAG UND VORGEHEN

1.1 Ausgangslage

In der Schweiz wohnhafte Personen müssen eine Krankenversicherung abschliessen. Über diese obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) werden für Leistungen und Produkte mittlerweile rund 40 Milliarden Franken pro Jahr abgerechnet. 2005 waren es noch 20 Milliarden Franken. Das markante Kostenwachstum beschäftigt Bevölkerung und Politik. Zur Eindämmung wurden bereits verschiedene Massnahmenpakete geschnürt. Ein Ansatzpunkt neben vielen anderen ist die Frage, wie viel ein Leistungserbringer – wie zum Beispiel ein Spital, eine Ärztin oder ein Physiotherapeut – für die erbrachte Leistung von der OKP verlangen darf.

Dazu treffen Leistungserbringer und Krankenversicherer vertragliche Vereinbarungen und reichen diese bei der zuständigen Behörde zur Genehmigung ein. Die Verantwortung dafür, dass die Bewertung der Leistungen den aktuellen Gegebenheiten und gesetzlichen Anforderungen entspricht, obliegt in erster Linie den Vertragsparteien. So sieht es der Grundsatz der Tarifautonomie vor, auch tarifpartnerschaftliches Verhandlungsprimat genannt. Ausnahmen stellen sogenannte Amtstarife dar, die also von einer Behörde selbst festgelegt werden.

In den letzten 20 Jahren kam es bei Tarifrevisionen immer wieder zu Blockaden und Verzögerungen. Je länger sich eine Revision hinzieht, desto wahrscheinlicher, dass die Vergütungen nicht mehr der Realität entsprechen. Bekanntestes Beispiel ist der veraltete Tarif für ambulante ärztliche Leistungen TARMED, der in den über 20 Jahren seit seiner Einführung 2004 nie grundlegend revidiert wurde. Gewisse Positionen werden dadurch zu tief abgegolten, andere viel zu hoch. Vielzitiert sind etwa die Vergütungen für die Operation des Grauen Stars (Katarakt) oder auch von bildgebenden Verfahren, die früher viel mehr Zeit benötigten.[1] Aufgrund des technologischen Fortschritts ist es heute meist noch ein Bruchteil dessen, worauf die Vergütungen einst bemessen wurden. Da zum Prüfzeitpunkt die Revisionsbestrebungen mit der Teilgenehmigung von TARDOC und den ambulanten Pauschalen eine wichtige Hürde nahmen, stand der TARMED nicht im Fokus der vorliegenden Prüfung.

Des Weiteren wurden im Parlament verschiedene Vorstösse vorgebracht, die forderten, dass auch behördlich festgelegte Tarife künftig zwischen Leistungserbringern und Versicherern ausgehandelt werden sollen. Die EFK hat dies zum Anlass genommen, die Prozesse für regelmässige Aktualisierungen sowie grössere Revisionen anhand ausgewählter Tarife zu untersuchen.

1.2 Prüfungsziel und -fragen

Ziel der Prüfung war es zu beurteilen, ob der Bund im Bereich der OKP über die erforderliche Ausstattung verfügt, um die Kostenrealität zu gewährleisten, und ob er diese auch nutzt. Folgende Fragen standen im Vordergrund:

- Stellen die Prozesse der Tarifpflege sicher, dass die Kostenrealität gewahrt bleibt?
- Nutzt der Bund seine bestehenden Kompetenzen und Instrumente zur Sicherstellung der Kostenrealität im Rahmen der Tarifpflege?
- Lassen sich Erfolgsfaktoren zur Sicherstellung der Kostenrealität identifizieren und verallgemeinern?

[1] In beiden Fällen hat der Bundesrat 2018 eingegriffen und die Vergütung gesenkt. Zudem ist für die Operation des Grauen Stars künftig eine Pauschale geplant. Zu den bildgebenden Verfahren vgl. auch den noch nicht veröffentlichten Bericht der EFK, «Evaluation der Verwendung von bildgebenden Verfahren in der Medizin» (PA 22613), nach Publikation abrufbar auf der Webseite der EFK.

1.3 Prüfungsumfang und -grundsätze

Die Ausgaben des Gesundheitswesens beliefen sich 2022 auf über 90 Milliarden Franken. Daran beteiligen sich Kantone, Bund, Gemeinden, Versicherte sowie andere Sozialversicherungen. Auf letztere entfallen 7,8 Milliarden oder 8,6 Prozent, die sich im Wesentlichen aus Invalidenversicherung (2,9 Milliarden) und AHV (2,5 Milliarden) inkl. Ergänzungsleistungen sowie Unfallversicherung (2,4 Milliarden) zusammensetzen. Die Militärversicherung ist mit 90 Millionen Franken deutlich kleiner. Das geht aus den Zahlen des Bundesamtes für Statistik (BFS) hervor.[2]

Hinter diesen Zahlen verbirgt sich eine Vielzahl unterschiedlicher Tarifsysteme, die bei der Abrechnung von Versicherungsleistungen zur Anwendung kommen. Inklusive Unfall- und Invalidenversicherung gibt es insgesamt über 30 unterschiedliche Tarifstrukturen.[3] Für die Koordination der Tarifordnungen in den unterschiedlichen Sozialversicherungen ist der Bundesrat zuständig.

Mit rund 40 Milliarden Franken wird die grösste Tranche der Gesundheitsausgaben über die OKP abgerechnet. Die Prüfung fokussierte folglich auf die OKP, hat aber auch Tarife in anderen Sozialversicherungen betrachtet. Die EFK hat die Prozesse folgender ambulanter Verhandlungstarife in Bundeskompetenz untersucht: Physiotherapie, psychologische Psychotherapie, Chiropraktik, Podologie, Hebammen und Orthopädie (IV). Zum Vergleich wurde auf hoher Flugebene auch der stationäre Spitaltarif SwissDRG beigezogen. Als Beispiele sogenannter Amtstarife wurden die Analyseliste sowie am Rande die im Bereich IV und AHV geltenden und vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) festgelegten Pauschalen für Hörsysteme analysiert. Eine kurze Beschreibung der untersuchten Tarife findet sich in Anhang 3.

Wie Abbildung 1 verdeutlicht, stellen drei Kostenblöcke den Löwenanteil der OKP-Kosten dar: Arztpraxen, Spitäler und Medikamente. Grob drei Viertel werden somit über die Tarifsysteme TARMED, SwissDRG (stationäre Spitalleistungen) und die Spezialitätenliste (Medikamente) abgerechnet. Das lässt übrige Tarife im Vergleich klein aussehen. Grössere Einzelposten stellen die Tarife für Laboranalysen sowie Physiotherapie dar. Die Restkategorie umfasst schliesslich viele kleinere Berufsgruppen, wie Hebammen, Chiropraktik, Logopädie oder Ergotherapie.

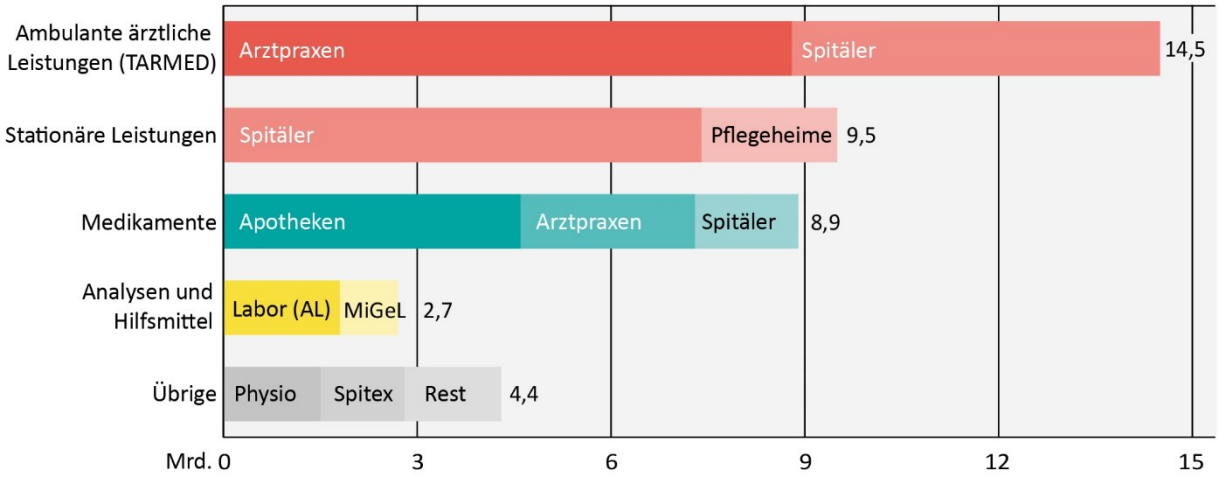

Abbildung 1: Finanzielle Grössenordnungen der Tarife in der OKP im Jahr 2023 (in Milliarden CHF)
Die vom BAG ausgewiesenen Kostengruppen (Tabelle T 2.17) hat die EFK grob den Tarifsystemen zugeordnet:
TARMED = Arztpraxen 8,8 Milliarden + Spital ambulant 5.7 Milliarden (ohne Medikamente Spital ambulant 1,6 Milliarden);
SwissDRG = Spital stationär 7,4 Milliarden (inkl. Medikamente, da i.d.R. in der Fallpauschale enthalten); Pflegeheime sind separat;
Spezialitätenliste (SL) = Medikamente 8,9 Milliarden = Apotheken 4,6 Milliarden + Arztpraxen 2,7 Milliarden + Spitäler ambulant 1,6 Milliarden;
Analysenliste (AL) = Labor 1,8 Milliarden, inkl. Pathologie (TARMED), ohne Praxis- und Spitallaboratorien (vgl. Anhang 3);
MiGeL = Mittel und Gegenstände 0,9 Milliarden
Die OKP-Kostengruppen summieren sich Total auf knapp 40 Milliarden CHF und beinhalten 5,3 Milliarden CHF Kostenbeteiligungen der Versicherten (d. h. für Franchise, Selbstbehalt sowie Beitrag am Spitalaufenthalt).
Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2023, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Darstellung EFK.

[2] Vgl. Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesen 2022, Bundesamt für Statistik (BFS).
[3] Vgl. z. B. Übersicht der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), abrufbar auf der Webseite der MTK.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde von Ramin Mohagheghi (Revisionsleitung), Nico Granitzer und Mario Luketic vom 27. Mai bis 31. Juli 2024 durchgeführt. Sie erfolgte unter der Federführung von Emmanuel Sangra. Der vorliegende Bericht berücksichtigt nicht die weitere Entwicklung nach der Prüfungsdurchführung.

Die Prüfung folgte den allgemeinen Grundsätzen der Wirtschaftlichkeitsprüfung der International Standards of Supreme Audit Institutions.

1.4 Unterlagen und Auskunftserteilung

Die notwendigen Auskünfte wurden der EFK umfassend und zuvorkommend erteilt. Die gewünschten Unterlagen standen dem Prüfteam vollumfänglich zur Verfügung.

1.5 Schlussbesprechung

Die Schlussbesprechung fand am 23. Oktober 2024 statt. Teilgenommen haben seitens BAG die Direktorin, der Vizedirektor, die Abteilungsleiterin Tarife und Grundlagen, der Sektionsleiter Tarife und Leistungserbringer ambulant sowie der Co-Leiter der Abteilung Leistungen und Krankenversicherung. Seitens EFK haben der Mandatsleiter, der Federführende, der Revisionsleiter sowie ein Mitglied des Prüfungsteams teilgenommen. Am 1. November 2024 fand eine separate Besprechung mit dem Generalsekretär des EDI statt.

Die EFK dankt für die gewährte Unterstützung und erinnert daran, dass die Überwachung der Empfehlungsumsetzung den Amtsleitungen bzw. den Generalsekretariaten obliegt.

EIDGENÖSSISCHE FINANZKONTROLLE

2 WIE KOMMEN TARIFE ZUSTANDE?

Kapitel 2 gibt einen kurzen Überblick der Prozesse, die für die Tarifpflege vorgesehen sind. Mit Tarifpflege sind sowohl regelmässige kleinere Anpassungen und Korrekturen an der Tarifstruktur als auch umfassende Revisionen gemeint. Ab dem Moment, ab dem sich die Tarifpartner auf eine revidierte Struktur geeinigt haben und diese beim Bundesrat einreichen, läuft der Prozess im Wesentlichen wie in Abschnitt 2.1 beschrieben ab. Abschnitt 2.2 fokussiert auf die Prozesse bis zu dieser Einigung. Denn hier liegt ein Schwerpunkt der Prüfung: Die Prozesse der Tarifpflege sollen sicherstellen, dass die Vergütung den aktuellen Gegebenheiten entspricht und die Kostenrealität gewahrt bleibt.

2.1 Gesetz gibt den Rahmen vor und lässt den Tarifpartnern viel Freiraum

Im Schweizer Gesundheitswesen gilt in der OKP der Grundsatz der Tarifautonomie, der im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verankert ist. Dieser besagt, dass die Höhe der Vergütung von Leistungen durch die OKP in erster Linie zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern auszuhandeln und vertraglich zu vereinbaren ist. Die Vertragsparteien werden daher Tarifpartner genannt.

Ziel der gesetzlichen Vorgaben ist eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten. Das Gesetz macht den Tarifpartnern gewisse Vorgaben, lässt aber insgesamt viel Freiraum für die Tarifbildung. Für die vorliegende Prüfung zentral sind die Anforderungen an die Kostenrealität.

Erklärt: Kostenrealität

Das KVG sieht in Art. 43 vor, dass Tarife *sachgerecht strukturiert* und *betriebswirtschaftlich* berechnet werden und sich die Vergütung an jenen Leistungserbringern orientiert, welche die Leistung in der *notwendigen Qualität effizient und günstig* erbringen. Die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) präzisiert in Art. 59c, dass höchstens die *transparent ausgewiesenen*, und für eine *effiziente Leistungserbringung erforderlichen* Kosten im Tarif berücksichtigt werden. Diese Elemente werden in diesem Bericht in Anlehnung an frühere Prüfungen als «Kostenrealität» bezeichnet.

Erklärt: Tarifstruktur vs. Tarif

Die Vergütung einer vom KVG zugelassenen Berufsgruppe über die OKP setzt sich in der Regel aus zwei Teilen zusammen: Der *Tarifstruktur*, die eine relative Bewertung aller abrechnungsberechtigten Leistungen vornimmt, und dem eigentlichen *Tarif*, der lediglich die Umrechnung in einen absoluten Frankenbetrag bestimmt. Im Gesetz werden diese Begriffe nicht immer trennscharf verwendet. Der Schwerpunkt der vorliegenden Prüfung lag auf der Anpassung und Weiterentwicklung von Tarifstrukturen. Wo nicht explizit anders angegeben, ist in diesem Bericht daher jeweils die Tarifstruktur gemeint.

Im ambulanten Bereich wird die Bewertung der einzelnen Leistungspositionen in den Tarifstrukturen in *Taxpunkten* angegeben, der Umrechnungsfaktor (Tarif) mit dem *Taxpunktwert*. Im stationären Bereich werden die Begriffe Kostengewicht (Struktur) und Basisrate (Tarif) analog verwendet.

Erarbeitung von Tarifstrukturen

Die Erarbeitung einer neuen Tarifstruktur lässt sich an einem aktuellen Beispiel veranschaulichen. Seit dem 1. Januar 2022 können podologische Leistungen bei Personen mit Diabetes mellitus über die OKP abgerechnet werden. Zur Erarbeitung der Tarifstruktur haben die Leistungserbringer, vertreten durch den Berufsverband Organisation Podologie Schweiz (OPS) und den Branchenverband der Spitäler H+, mit den beiden Verbänden der Krankenversicherer curafutura und santésuisse Verhandlungen aufgenommen. Als Grundlage für die neue Struktur müssen die Leistungserbringer Daten erheben. Diese stellen einen wichtigen Verhandlungspunkt dar. Weil solche Verhandlungen zeitintensiv sind und es für podologische Leistungen bis dahin noch keinen Tarif gab, haben sich die Tarifpartner auf eine Übergangslösung geeinigt. Die definitive Struktur haben sie im Sommer 2024 dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Parallel dazu liefen bereits Verhandlungen zum Taxpunktwert, also dem Frankenwert pro Taxpunkt für eine Leistung.

Genehmigung durch den Bundesrat

Im Bereich KVG reichen die Tarifpartner ihre Anträge bei der Bundeskanzlei ein, welche sie zur Prüfung an das zuständige Eidgenössische Departement des Innern (EDI) weiterleitet. Das EDI wiederum beauftragt das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Als zuständiges Fachamt prüft das BAG, ob die Anträge dem Gesetz und dem Gebot der *Wirtschaftlichkeit* und *Billigkeit* entsprechen. Die *Wirtschaftlichkeit* deckt sich im Wesentlichen mit dem in diesem Bericht verwendeten Begriff der Kosten*realität*. Sie gilt als zentraler Leitsatz für die Tarifgestaltung und bildet somit auch das Hauptaugenmerk bei der Prüfung. Unter *Billigkeit* wird insbesondere beurteilt, ob ein Tarif für die Versicherten sowie die Krankenversicherer finanziell tragbar ist. Wichtig ist dabei im Zusammenhang mit Revisionen der Grundsatz der Kosten*neutralität.* Dieser besagt, dass es durch den Wechsel des Tarifmodells per se nicht zu einer Kostensteigerung kommen darf. Dieser Grundsatz gilt *ceteris paribus* – d. h. unter sonst unveränderten Umständen. Gibt es berechtigte Gründe für Mehrkosten, werden diese bei der Beurteilung berücksichtigt.

Das BAG prüft also einerseits, ob die relative Gewichtung der Tarifpositionen korrekt berechnet wurde – bzw. ob diese nachvollziehbar ist – und andererseits welche Auswirkungen auf das Leistungsvolumen und Kosten zu erwarten sind. Nach erfolgter Prüfung bereitet es den Antrag mit seiner Beurteilung zuhanden des EDI vor. Das Generalsekretariat des EDI unterbreitet anschliessend dem Bundesrat einen Vorschlag, den Antrag anzunehmen oder abzulehnen. Der Prozess der Prüfung durch das BAG, von der Einreichung der Anträge bis zur Genehmigung, dauert gemäss Aussagen der Tarifpartner und des BAGs in der Regel sechs Monate.

Erklärt: Genehmigungsbehörde – Bund oder Kantone?

Für die meisten Tarife sind gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen vorgeschrieben. Art. 43 Abs. 5 KVG regelt dies für *Einzelleistungstarife*, die im ambulanten Bereich am verbreitetsten sind. Im stationären Bereich müssen darüber hinaus *Pauschalen* zur Anwendung kommen, die ebenfalls auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Struktur beruhen müssen (Art. 49 KVG). Künftig sollen Pauschalen auch im ambulanten Bereich zur Anwendung kommen. Tarifstrukturen, die für die ganze Schweiz einheitlich gelten sollen, müssen vom *Bundesrat* genehmigt werden. Ansonsten sind die *Kantone* für die Genehmigung zuständig. Im Rahmen der vorliegenden Prüfung wurden nur Tarifstrukturen in der Kompetenz des Bundes betrachtet.

Festsetzung durch den Bundesrat

Können sich die Tarifpartner nicht auf eine Struktur einigen, setzt sie der Bundesrat subsidiär fest. Seit 2013 kann er dies auch dann tun, wenn sich eine bestehende Struktur als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Tarifpartner nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43, Abs. 5bis KVG). Diese Kompetenz hat er nicht zuletzt aufgrund eines Berichts der EFK zum blockierten Tarif für ambulante ärztliche Leistungen TARMED[4] erhalten und seither zweimal davon Gebrauch gemacht (vgl. Abschnitt 5.1).

Einbezug der Preisüberwachung und Interessen der Versicherten

Vorgängig zur Genehmigung oder Festsetzung einer Tarifstruktur muss der Bundesrat den *Preisüberwacher* anhören (Art. 14, Abs. 1 Preisüberwachungsgesetz PüG). Dieser kann beantragen, auf eine Erhöhung ganz oder teilweise zu verzichten oder bestehende Tarife zu senken. Seine Anträge haben im Bereich der OKP lediglich Empfehlungscharakter, haben in der Vergangenheit aber durchaus zu Anpassungen geführt. Die Stellungnahme des Preisüberwachers ist in den Entscheiden anzuführen. Entscheidet der Bundesrat anders, muss er dies begründen.

Bei schweizweit geltenden Tarifverträgen zwischen Verbänden sind zudem vor Abschluss die Organisationen anzuhören, welche die *Interessen der Versicherten* auf Bundesebene vertreten. Dies soll den Prämienzahlenden eine Mitsprachemöglichkeit geben. Doch aufgrund der Komplexität der Vertragswerke haben Versicherte kaum Einfluss auf das Tarifgeschehen. Entsprechende Organisationen werden angefragt und verzichten meist auf eine Stellungnahme, weil ihnen, gemäss Aussagen der befragten Tarifpartner, die Ressourcen oder das Fachwissen fehlen.

[4] «Tarmed, der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen: Zielerreichung und Rolle des Bundes» (PA 8381), abrufbar auf der Webseite der EFK

2.2 Pflichten und Möglichkeiten der Tarifpartner für die Tarifpflege

Ist eine Tarifstruktur einmal erarbeitet und in Kraft, gilt es diese zu pflegen. Die vom Bundesrat aufgestellten Grundsätze der Tarifgestaltung sehen nämlich auch vor, dass die Vertragsparteien die Tarife *regelmässig überprüfen und anpassen* müssen, wenn sie feststellen, dass die Kostenrealität nicht mehr gewährleistet ist (Art. 59c, Abs. 2 KVV). Laut Verordnung sind die zuständigen Behörden über die Resultate der Überprüfungen zu informieren. Mit den Kostendämpfungsmassnahmen[5] hat der Bundesrat die Anforderungen an die Tarifpartner in den letzten Jahren verschärft. So müssen sie seit 2024 etwa die Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten überwachen und bei Bedarf Korrekturmassnahmen treffen (Monitoring gem. Art. 47c KVG).

Kommissionen für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Struktur

In aller Regel sehen Tarifstrukturen *paritätische Kommissionen* vor, in denen also die Leistungserbringer und Versicherer gleich stark vertreten sind. Sie befassen sich primär mit den Regeln zur Tarifanwendung und Leistungsinterpretation, um Unklarheiten fortlaufend zu klären. Teilweise sind sie auch für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Struktur verantwortlich, teilweise gibt es dafür separate Tarifstrukturkommissionen. Weitere sogenannten «Monitoring-Kommissionen» sind für die neuen Anforderungen zuständig.

In jedem Fall bieten diese Gefässe die Möglichkeit zu einem institutionalisierten, regelmässigen Austausch, um den Bedarf nach einer Weiterentwicklung festzustellen und anzugehen. Diese Möglichkeit muss aber auch genutzt werden, was ein Interesse beider Tarifpartner bedingt.

Nationale Tariforganisation

Insgesamt machen Gesetz und Verordnung auch bei der Tarifpflege wenig Vorgaben und lassen den Tarifpartnern viel Freiheit. Eine Ausnahme bildet der stationäre Bereich. Hier schreibt das KVG mit Art. 49 seit 2009 vor, dass die Tarifpartner gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation einsetzen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen zuständig ist. Dies wurde mit der 2008 gegründeten SwissDRG AG umgesetzt, einer gemeinnützigen Organisation im Besitz der Tarifpartner und der Kantone. Anpassungen der Tarifstrukturen müssen von den Tarifpartnern wie auch vom Bundesrat genehmigt werden.

Als Teil der Kostendämpfungsmassnahmen bestand bereits 2018 die Idee, ein analoges Modell für den ambulanten Bereich einzuführen. Im Rahmen der Vernehmlassung erfuhr die Massnahme breite Zustimmung, insbesondere auch von den Leistungserbringern. Auch die Versicherer unterstützten grundsätzlich den Einsatz einer solche Organisation, forderten aber, dass sich diese auf ärztliche Leistungen beschränke. Der Versichererverband santésuisse regte an, dass die übrigen Leistungserbringer die Organisation zur Pflege und Weiterentwicklung von Tarifstrukturen mandatieren könnten.

Schliesslich wurde der entsprechende Artikel 47a im KVG so formuliert, dass er vorerst nur für den ambulanten *ärztlichen* Bereich gilt. Der Bundesrat kann jedoch die Pflicht zur Einsetzung einer solchen Organisation auf andere ambulante Leistungen ausdehnen. Die 2022 gegründete Organisation ambulante Arzttarife (OAAT AG) nahm 2024 ihren operativen Betrieb auf und soll künftig die Tarifpartner bei der Anwendung, Koordination und Weiterentwicklung der Tarifsysteme TARDOC und ambulante Pauschalen unterstützen. 2026 sollen diese neuen Systeme die bisherige Tarifstruktur TARMED ablösen.

Das Gesetzesvorhaben EFAS für eine einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen sieht künftig auch in der Pflege eine nationale Tariforganisation vor, in der die Tarifpartner sowie Kantone vertreten sein werden. Die einheitliche Finanzierung von Pflegeleistungen ist allerdings erst für 2032 vorgesehen.

---

[5] Unter diesem Überbegriff hat der Bundesrat bisher zwei Massnahmenpakete zur Eindämmung des Kostenwachstums in der OKP verabschiedet. Das erste wurde in zwei Teilpakete (1a und 1b) aufgeteilt und die darin enthaltenen Massnahmen in den Jahren 2022 bis 2024 sukzessive in Kraft gesetzt. Eine gute Übersicht der einzelnen Massnahmen liefert das Faktenblatt «Kostendämpfungsprogramm: Chronologie» des BAG vom 25. Oktober 2023 sowie die «Übersicht Kostendämpfungsmassnahmen» vom 24. September 2024, beide abrufbar auf der Webseite des BAG.

2.3 Amtstarife als Ausnahme

Nicht durch die Tarifpartner ausgehandelt werden die sogenannten Amtstarife. Sie werden direkt von der zuständigen Behörde festgelegt. Das KVG sieht für Medikamente, Laboranalysen und Hilfsmittel eine Ausnahme vom Verhandlungsprimat vor. Der Begriff Tarifpflege wird in diesem Bericht analog für Amtstarife verwendet und meint sowohl kleinere, fortlaufende Anpassungen sowie grössere Überarbeitungen.

Im Gegensatz zu verhandelten, vom Bundesrat genehmigten oder subsidiär festgesetzten Tarifstrukturen können die Verfügungen des BAG in Sachen Spezialitätenliste mittels Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht BVGer angefochten werden. Die Analysenliste (AL) sowie die Mittel und Gegenständeliste (MiGeL) haben hingegen Verordnungscharakter und sind als solche nicht vor Gericht anfechtbar.

2.4 Ressourcen für die Tarifpflege

Tarifordnungen zu erarbeiten und weiterzuentwickeln erfordert Ressourcen. Gesamthaft sind dafür bei den zuständigen Bundesbehörden (BAG, BSV), den grossen Versicherer- und Leistungserbringerverbänden (curafutura, tarifsuisse, H+, FMH) sowie den von ihnen eingesetzten Organisationen (SwissDRG AG, OAAT AG) schätzungsweise 115 Vollzeitäquivalente (VZÄ) im Einsatz. Davon beschäftigt das BAG über 50. Nicht eingerechnet sind die Ressourcen des BFS für die Kodierung im stationären Bereich.

Beim Bund fällt der Hauptaufwand für die Betreuung der Verhandlungstarife beim BAG an – insbesondere für Genehmigungsverfahren und Begleitung der Tarifpartner, aber auch Stellungnahmen zu Beschwerden vor BVGer sowie die Weiterentwicklung des Tarifrechts. Die zuständigen Sektionen schätzen den Anteil, der sich schwerpunktmässig mit Tarifen beschäftigt auf 9 VZÄ, davon 5 VZÄ ambulant und 4 stationär. Werden auch die Beantwortung von politischen Geschäften in Zusammenhang mit Tarifen dazugezählt, so sind es je rund 1 bis 2 VZÄ mehr. Dies sind grobe Schätzungen, da die Anzahl der Tarifgeschäfte und der damit verbunden Aufwand für das BAG von Jahr zu Jahr schwankt.

Für die Pflege der Amtstarife beschäftigen die zuständigen Sektionen des BAG insgesamt rund 44 VZÄ. Mit 32 VZÄ entfällt der Grossteil auf die Vergütung von Medikamenten über die Spezialitätenliste. Die *Sektion Analysen, Mittel und Gegenstände* beschäftigt für die Pflege der AL und MiGeL inklusive des Tarifs, respektive der Höchstvergütungsbeträge, rund 12 VZÄ. Davon befassen sich mit der Revision der Analysenliste rund 4 VZÄ (inkl. externer Mitarbeitenden).

3 SICHERSTELLUNG DER KOSTENREALITÄT

Kapitel 3 und 4 behandeln die Prozesse bei den ambulanten Verhandlungstarifen. Die Feststellungen beziehen sich daher ausdrücklich nicht auf den stationären Bereich, wo die Prozesse im Allgemeinen strukturierter und datengestützt ablaufen (vgl. Ausführung am Ende von Kapitel 4).

3.1 Tarifstrukturen bilden die Kostenrealität nur bedingt ab

Es gibt verschiedene Hinweise, dass die untersuchten Tarifstrukturen nicht oder nur bedingt auf aktuellen, effektiven Kosten basieren.

Zum Teil sehr alte Datengrundlagen

Es gibt zahlreiche Tarifstrukturen im ambulanten Bereich, die im Wesentlichen noch auf Daten beruhen, die im Zuge der Einführung des KVG vor gut 30 Jahren erhoben wurden (siehe Anhang 3). Verschiedene Entwicklungen der letzten Jahrzehnte sind damit in den Strukturen nicht abgebildet. Neben Änderungen in der Behandlung umfasst dies auch Veränderungen des Lohn- oder Preisniveaus für benötigte Materialien oder auch Raummieten. Der Physioberuf hat beispielsweise in den letzten Jahrzehnten eine Veränderung hin zu einer aktivierenden Therapie erfahren, was tendenziell mit anderen Gerätschaften, mehr Platzbedarf und höheren Raummieten einhergeht.

Für Aussenstehende ist nicht nachvollziehbar, auf welchen Datengrundlagen eine Tarifstruktur basiert. So wurde zum Beispiel die Tarifstruktur für Chiropraktik 2018 revidiert, was den Eindruck erwecken kann, dass eine grundlegende Überarbeitung auf neuen Datengrundlagen stattfand. Tatsächlich basieren die Werte aber noch auf Grundlagen aus den 1980er Jahren. Bei der letzten Revision wurde im Wesentlichen eine Position für das Dokumentenstudium ergänzt und Darstellung sowie Beschreibungen angepasst.

Keine regelmässige Überprüfung

Im ambulanten Bereich gibt es keine zuverlässigen Prozesse, die sicherstellen, dass Tarifstrukturen regelmässig auf ihre Kostenrealität überprüft werden. Laut KVV wäre dies Aufgabe der Tarifpartner (siehe Abschnitt 2.2). Die paritätischen Kommissionen bieten ein Gefäss, um den Bedarf nach Strukturanpassungen zu ermitteln. Das bedingt aber einen regelmässigen Austausch und klare Zuständigkeiten. In neueren Verträgen finden sich immerhin explizitere Regelungen, beispielsweise, welche Partei den Vorsitz hat, dass dieser jährlich wechselt und in welchem Rhythmus man sich trifft (z. B. Podologie). Solche Regelungen mögen trivial erscheinen, deren Abwesenheit kann aber schon ausreichen, damit der Austausch zwischen den Tarifpartnern versiegt. Neuere Verträge enthalten zum Teil auch explizite Verpflichtungen zur Überprüfung und Weiterentwicklung der Strukturen. In der Vergangenheit war der beidseitige Wille der Tarifpartner, solche Bekenntnisse auch umzusetzen, bei den untersuchten Strukturen nicht immer vorhanden.

Darüber hinaus wäre die zuständige Behörde – also der Bundesrat bzw. indirekt das BAG als zuständiges Fachamt – über die Resultate einer Überprüfung zu informieren, auch wenn die Tarifpartner nach erfolgter Prüfung keinen Anpassungsbedarf an der Struktur sehen. Dies ist noch nie geschehen. Für den Vollzug des KVG verantwortlich ist der Bundesrat. Weder EDI noch BAG verfügen über eine interne Regelung oder einen definierten Prozess, wann sie eine Überprüfung bei den Tarifpartnern einfordern.

Mit der 2024 im Gesetz verankerten Pflicht der Tarifpartner zum Monitoring der Mengen, Volumen und Kosten besteht von Seiten befragter Krankenversicherer die Hoffnung, dass auffällige Entwicklungen künftig rasch einen Dialog zwischen den Tarifpartnern anstossen. Wenn zum Beispiel eine Mengenausweitung festgestellt wird, etwa weil eine Tarifposition dank technischem Fortschritt auf einmal nur noch die Hälfte der Zeit in Anspruch nimmt, dann sollte dies automatisch festgestellt und eine Überprüfung eingeleitet werden. Bleiben die vorgesehenen Messgrössen hingegen konstant, besteht aber dennoch die Gefahr, dass eine in die Jahre gekommene oder bereits bei ihrer Einführung nicht kostenreale Tarifstruktur nie überprüft wird.

Unterschiedliche Verhandlungen führen zu unterschiedlichen Ergebnissen

Vertragstarife sind immer auch ein Abbild davon, wie gut die eine oder andere Partei verhandelt hat. Das ist nicht per se schlecht und mit dem tarifpartnerschaftlichen Verhandlungsprimat auch so gewollt. Es zeigt aber auch, dass die ausgehandelten Tarifstrukturen nur bedingt kostenreal sind, das heisst auf effektiven Kosten bei effizienter Leistungserbringung basieren. Das verdeutlicht ein Blick auf die Tarifstrukturen in unterschiedlichen Sozialversicherungen.

Exkurs Chiropraktik: Verhandelte Tarifstrukturen in der Kranken- und Unfallversicherung

Viele nach KVG zugelassene Leistungserbringer können ihre Leistungen auch über andere Sozialversicherungen abrechnen, etwa wenn es sich um einen Unfall handelt. Für die Abrechnung über das Unfallversicherungsgesetz (UVG) verhandeln die Leistungserbringer separate Tarifstrukturen mit der ZMT, der Zentralstelle für Medizinaltarife UVG. Sie ist organisatorisch bei der Suva angegliedert. Tarifpartner sind hier also die Leistungserbringer und die ZMT. Genehmigungsbehörde ist nicht der Bundesrat, sondern die Medizinaltarif-Kommission MTK, in der neben der Suva weitere Versicherungen wie Krankenversicherungen, die Invalidenversicherung (IV) und die Militärversicherung (MV) vertreten sind. In der Regel schliessen sich IV und MV den ausgehandelten Verträgen an, sodass normalerweise dieselbe Tarifstruktur für die drei Versicherungen gilt (UV/IV/MV).

Ein Vergleich der Tarifstrukturen nach KVG und UVG für Leistungen der Chiropraktik veranschaulicht, dass die Leistungserbringer mit der ZMT grosszügigere Vergütungen aushandeln. Die Strukturen wurden beide per 1. Januar 2020 in Kraft gesetzt und sind bis auf wenige Ausnahmen vergleichbar. Für die gleiche Position können von UV/IV/MV zum Teil deutlich höhere Vergütungen verlangt werden (siehe Vergleich ausgewählter Tarifpositionen in Anhang 4). Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Umrechnung der Taxpunkte in Franken mit einem unterschiedlichen Taxpunktwert erfolgt.

Da dieser im KVG bei rund 5 Franken und im UVG bei 1 Franken liegt[6], ist die erste Konsultation (Position 6001) mit 55 Franken (KVG) und 57 Franken (UVG) ungefähr gleich teuer. Bei den weiteren Konsultationen (Positionen 6002 + 6007) sind die Unterschiede in den Taxpunkten grösser. Ins Gewicht fällt aber insbesondere, dass die Positionen nach KVG pro 15 Minuten, nach UVG hingegen pro 10 Minuten abgerechnet werden können. Je nach Dauer kann eine Zweitkonsultation nach UVG so mehr als das Doppelte wie nach KVG kosten. Zu erwähnen ist, dass diese Vergütung nur die Konsultation deckt, die eigentliche Behandlung ist in einer separaten Position geregelt. Zu beachten gilt es ausserdem die finanziellen Grössenordnungen: Der Grossteil der Chiropraktik-Leistungen wird über das KVG abgerechnet. Der Anteil UVG liegt laut Leistungserbringerverband ChiroSuisse bei lediglich 6 Prozent.

BEURTEILUNG

Eine regelmässige Überprüfung und Anpassung sind bei Tarifstrukturen mit hohem Anteil an technischen Leistungen besonders wichtig. Hier kann das Monitoring nach Art. 47c KVG künftig eine wichtige Rolle spielen. Ob die erhoffte Wirkung erzielt werden kann, wird sich noch weisen müssen. Die weniger technologielastigen Strukturen dürften weniger rasch überholt sein. Doch auch hier gibt es Entwicklungen, aufgrund derer zumindest alle paar Jahre eine Überprüfung angezeigt wäre. Das BAG hat eine solche in der Vergangenheit nicht bei allen Tarifpartnern eingefordert. Damit hat es seine Funktion als Fachamt, welches Entscheide des Bundesrates vorbereitet, teilweise nicht erfüllt.

Die Prioritäten scheint das Bundesamt bisher auf die grossen Revisionsprojekte gelegt zu haben. Angesichts knapper Ressourcen kann die EFK dies nachvollziehen. Und zum Prüfzeitpunkt standen bei den finanziell gewichtigsten ambulanten Tarifen – allen voran beim ambulanten Arzttarif, aber auch bei der Physiotherapie – erste Erfolge in Aussicht. Künftig sollte das BAG aber eine regelmässige Überprüfung systematisch einfordern, auch bei kostenmässig kleineren Tarifstrukturen. Kommen die Tarifpartner dieser Forderung nicht nach, könnte das BAG eine Überprüfung auch in Auftrag geben, zum Beispiel mit externen Gutachten.

[6] Im UVG gilt ein Taxpunktwert von 1 Franken für die ganze Schweiz. Im KVG gelten kantonal unterschiedliche Taxpunktwerte. Im Kanton Zürich lag er im Jahr 2018 beispielsweise bei 4.89 Franken. Der Einfachheit halber wird für die Rechenbeispiele in diesem Bericht ein Taxpunktwert von 5 Franken fürs KVG angenommen.

EMPFEHLUNG 1 PRIORITÄT 1

Die EFK empfiehlt dem BAG sicherzustellen, dass alle Tarife in seiner Zuständigkeit als Fachamt periodisch auf ihre Kostenrealität hin überprüft werden. Dazu soll es die vorhandenen gesetzlichen Möglichkeiten ausschöpfen.

STELLUNGNAHME DES BAG

Die Empfehlung ist akzeptiert.

Das BAG akzeptiert diese Empfehlung. Das BAG wird die Empfehlung insbesondere im Sinne von Artikel 59c Absatz 2 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) umsetzen und die Tarifpartner gezielt zur Überprüfung von gesamtschweizerischen Tarifstrukturen, die seit längerer Zeit nicht mehr angepasst wurden, auffordern.

4 PROZESSE FÜR DIE TARIFFINDUNG

4.1 Langwierige Verhandlungen mit Verzögerungen

Einigen sich die Tarifpartner auf eine Revision der Tarifstruktur, besteht die nächste Herausforderung darin, das Vorgehen festzulegen. Wie schwierig eine gemeinsame Weiterentwicklung sein kann, haben die Blockaden der vergangenen Jahre, insbesondere beim TARMED oder der Physiotherapie, gezeigt. Bei den übrigen untersuchten Verhandlungstarifen dauerten Revisionen in der Vergangenheit zwischen 3 und 4 Jahren (siehe Anhang 3).

Kaum Anhaltspunkte für ein strukturiertes Vorgehen

Mit dem Rahmen, den KVG und KVV vorgeben, ist klar, *dass* Daten für eine Tarifstruktur erhoben werden müssen. Weil es aber kaum Anhaltspunkte gibt, *wie* bei der Datenerhebung vorzugehen ist, muss auch dies unter den Partnern ausgehandelt werden. Seitens Krankenversicherer wird ins Feld geführt, dass es wünschenswert wäre, sich zu Beginn über die zu erhebenden Daten zu einigen und dies bereits im frühen Stadium der Absichtserklärung festzuhalten. Oft seien die Leistungserbringer aber bereits am Daten erheben, wenn sie auf die Krankenversicherer zugehen und ihren Bedarf für eine Strukturanpassung ankünden. Fehlen aus Sicht der Krankenversicherer wichtige Elemente, wird die Erhebung nicht akzeptiert. Erschwerend kommt hinzu, dass Leistungserbringer aus taktischen Gründen anstreben, zuerst eine neue Struktur nach UVG zu verhandeln, bevor sie jene nach KVG verhandeln (vgl. Exkurs in Abschnitt 3.1).

Manche Leistungserbringer kritisieren auch, dass ihnen die Anforderungen und Erwartungen des BAG zum Teil nicht klar waren und wichtige Punkte erst zum Schluss der Verhandlungen oder nach Einreichung aufgekommen seien. Nach Ansicht des BAG sind die Anforderungen aus den Gesetzes- und Verordnungstexten ausreichend. Teilweise haben das BAG oder das EDI diese in Schreiben an die Tarifpartner nochmals erläutert und weiter ausgeführt. Im Falle des TARMED hat das EDI im Jahr 2015 Rahmenbedingungen für die Revision und deren Genehmigung durch den Bundesrat veröffentlicht. Einige der befragten Leistungserbringer sehen weitere Elemente, die die meisten Tarifstrukturen in ähnlicher Weise verlangen und über die sie nicht verhandeln müssten, wenn sie klarer vorgegeben wären. Dies betrifft unter anderem das Abstützen auf Routinedaten, etwa für Lohn- oder Mietkosten oder auch zur Bestimmung der produktiven Arbeitszeit.

Bei der Physiotherapie war die Situation bis vor ein paar Jahren derart festgefahren, dass eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur de facto nicht mehr möglich war. Grosser Streitpunkt bildeten die zu verwendenden Daten. Im jüngsten Anlauf verhandelten die Tarifpartner über ein Jahr, um eine gemeinsame Absichtserklärung zu erreichen (*letter of intent*). In den letzten Jahren haben das BAG die Tarifpartner stärker gedrängt und der Bundesrat schliesslich ein Festsetzungsverfahren eröffnet (vgl. Abschnitt 5.1).

Prozesse sind zeit- und ressourcenintensiv – Belastung für Verbände und deren Mitglieder

Die jahrelangen Verhandlungen können die Ressourcen der Verbände stark belasten. Die verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen unterscheiden sich stark nach Verband. Hinzukommen Ausgaben für externe Unterstützung für Tarifexpertise oder externe Studien, insbesondere für Datenerhebungen. Diese können sich auf mehrere hunderttausend Franken belaufen. Finanziert werden die Aufwände wie die übrigen Verbandsaktivitäten in der Regel über Mitgliederbeiträge, die sich bei den meisten untersuchten Tarifen zwischen 400 und 500 Franken pro Jahr bewegen. Krankenversicherer haben in der Regel einen Wissensvorsprung gegenüber den Leistungserbringern, weil sie in verschiedene Tarifstrukturen involviert sind.

Keine echte Partnerschaft – Verzögerungen betreffen nicht alle Partner gleichermassen

Eine der Hauptschwächen der Tarifpartnerschaft in Bezug auf die Prozesse liegt in den unterschiedlich gelagerten Interessen. Vereinfacht ausgedrückt wollen Leistungserbringer eine höhere Vergütung, während die Versicherer tiefere Kosten anstreben. Indem sie eine tarifpartnerschaftliche Lösung aushandeln, sollten sich diese Interessen ausgleichen – so die Grundidee. Die Realität ist komplexer. Oft sind mehrere

Leistungserbringer- und Versichererverbände involviert, die sich manchmal untereinander, zum Teil auch innerhalb eines Verbands, nicht einigen können.

Eine Vertragsseite kann ein Interesse daran haben, dass eine veraltete Tarifstruktur möglichst lange weiterbesteht und den Revisionsprozess bewusst verzögern. Revisionen werden in der Regel von den Leistungserbringern angestossen. Die befragten Verbände kritisieren, dass die Versicherer zum Teil auf Zeit spielen und jeweils auf die nächste Sitzung vertrösten würden. Nachweisen lässt sich das nur schwer. Umgekehrt können dank technologischem Fortschritt gewisse Leistung heute mit weniger Aufwand erbracht werden, als dies ursprünglich bei der Bemessung ihrer Vergütung der Fall war. Hat sich ein Leistungserbringer auf eine solche spezialisiert, hat er wenig Anreiz, dass sie der Realität angepasst wird.

Erfolgsmodell Swiss DRG AG

In einem Punkt sind sich alle Befragten einig: Am reibungslosesten funktionieren die Prozesse im stationären Bereich. Die Arbeit der SwissDRG AG und die von ihr erhobenen Daten geniessen breite Akzeptanz, nicht zuletzt dank ihrer gesetzlichen Verankerung (vgl. Abschnitt 2.2). Ein wichtiger Erfolgsfaktor, sind die strukturierten und automatisierten Datenflüsse, die ihr eine evolutive, jährliche Strukturpflege ermöglichen. Die nach dem Vorbild der SwissDRG AG aufgebaute OAAT AG steht vor der Aufgabe, eine geeignete Datengrundlage im ambulanten ärztlichen Bereich zu schaffen, wo bislang kaum einheitliche Kostendaten zur Verfügung standen. Die Leistungserbringer sind per Gesetz zur Datenlieferung verpflichtet und können andernfalls sanktioniert werden (Art. 47a KVG). Weil die OAAT AG erst seit 2024 operativ tätig ist, sind neben der Datenverfügbarkeit weitere Umsetzungsfragen offen. Zum Prüfzeitpunkt noch nicht geregelt war zum Beispiel, wie die Organisation nach der Aufbauphase langfristig finanziert werden soll.

BEURTEILUNG

Die Tarifautonomie wird hochgehalten. Die Erfahrungen der letzten 20 Jahre haben viele Nachteile dieses Konstruktes aufgezeigt. Der Verhandlungsspielraum scheint zu breit. Konkrete Vorgaben zum Prozess können die Behörden den Tarifpartnern aufgrund des Verhandlungsprimats nicht machen. Doch eine klarere Kommunikation von allgemeinen Anforderungen an einen genehmigungswürdigen Antrag und von Eckwerten für die zu verwendenden Daten könnte helfen, die Verhandlungen zu kanalisieren und auf wesentliche Punkte zu begrenzen. Dazu gehören insbesondere mögliche Datenquellen für Elemente, die bei verschiedenen Tarifstrukturen in ähnlicher Weise zur Anwendung kommen – beispielsweise für Raum- und Personalkosten oder für die produktive Arbeitszeit.

Das Erfolgsmodell der SwissDRG AG lässt sich nur bedingt auf den ambulanten Bereich übertragen, insbesondere die automatisierte Datenerhebung. Eine nationale Tariforganisation nach ihrem Vorbild kann dennoch einige der festgestellten Probleme auffangen. Indem das rein technische Handwerk der Tarifstrukturpflege nicht durch die Tarifpartner selbst, sondern von mandatierten Dritten durchgeführt wird, gibt es weniger Konfliktpotenzial. Eine mit den erforderlichen Entscheidkompetenzen ausgestattete Organisation erlaubt ausserdem ein strukturiertes und unter den Tarifpartnern koordiniertes Vorgehen, auch bei einmaligen oder periodischen Datenerhebungen.

Dagegen aufgewogen werden muss der Aufwand für den Betrieb einer solchen Organisation. Auch wenn viele Umsetzungsfragen noch geklärt werden müssten – z. B. der Zuständigkeitsbereich oder die Finanzierung – erachtet die EFK den vermehrten Einsatz einer solchen Organisation als zukunftsträchtige Möglichkeit, die es weiterzuverfolgen gilt. Neben einer ständigen Vertretung in der Organisation wäre auch eine Mandatierung durch Tarifpartner für konkrete Revisionsprojekte denkbar, insbesondere bei kleineren Leistungsbereichen.

EMPFEHLUNG 2 PRIORITÄT 2

Die EFK empfiehlt dem BAG, die Tarifpartner vorgängig darüber zu informieren, welche Elemente ihre Anträge enthalten müssen, damit das BAG diese nachvollziehen, plausibilisieren und genehmigen kann – zum Beispiel indem es die gesetzlichen Anforderungen weiter konkretisiert oder Checklisten zur Verfügung stellt. Dies mit dem Ziel, einen klareren Orientierungsrahmen zu geben und eine effiziente und koordinierte Weiterentwicklung bei allen ambulanten Tarifstrukturen zu fördern.

STELLUNGNAHME DES BAG

Die Empfehlung ist akzeptiert.

Das BAG akzeptiert diese Empfehlung. Das BAG wird die bereits bestehenden Informationen zu Anforderungen an die Tarifierung und den Inhalt von Genehmigungsgesuchen weiter konkretisieren. Diese Empfehlung unterstützt nicht zuletzt die bereits begonnenen Arbeiten im Rahmen der geplanten Umsetzung der KVG-Änderung «Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen». Diese Arbeiten sehen weitere Konkretisierungen auf Verordnungsstufe in Bezug auf die Anforderungen für Genehmigungsgesuche zu Tarifverträgen vor.

EMPFEHLUNG 3 PRIORITÄT 1

Die EFK empfiehlt dem EDI, die Erfahrungen mit der neuen Organisation für ambulante ärztliche Tarife in ein paar Jahren zu evaluieren und die Einsatzmöglichkeit einer nationalen Tariforganisation für weitere ambulante Leistungserbringer erneut in Betracht zu ziehen.

STELLUNGNAHME DES EDI

Die Empfehlung ist akzeptiert.

Das EDI wird die gewonnenen Erfahrungen mit der erst seit 2024 operativen OAAT AG voraussichtlich 2027 evaluieren, die Möglichkeit einer weiteren Tariforganisation prüfen und dazu Bericht erstatten.

5 KOMPETENZEN UND INSTRUMENTE DES BUNDES

5.1 Begrenzte Möglichkeiten auf Verhandlungstarife Einfluss zu nehmen

Wie in Abschnitt 2.1 erwähnt, verfügt der Bundesrat grundsätzlich über zwei Instrumente, um bei Verhandlungstarifen auf das Tarifgeschehen Einfluss zu nehmen: im Rahmen der Genehmigung sowie durch subsidiäre Festsetzung. Übergeordnet kann er auch Gesetzesvorhaben wie die Kostendämpfungspakete initiieren, die auch Massnahmen zur Tarifbildung enthalten.

Vermehrt befristete Genehmigungen und engere Begleitung des Prozesses

Die Genehmigung von Anträgen im konkreten Einzelfall zu beurteilen, wäre über den Rahmen der vorliegenden Prüfung hinausgegangen. Verschiedene Akteure, insbesondere Tarifpartner, gaben aber in Gesprächen gegenüber der EFK an, dass das BAG die Anträge genau prüfe. In den letzten Jahren hat der Bundesrat Tarifstrukturen vermehrt befristet genehmigt und Auflagen für eine definitive Genehmigung gemacht. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn Zweifel bezüglich der Kostenentwicklung bestehen. So wurden etwa die Tarifstrukturen für Leistungen von Hebammen oder für jene der Neuropsychologie zunächst nur befristet genehmigt.

Eine weitere Möglichkeit, von der der Bundesrat in letzter Zeit Gebrauch gemacht hat, ist eine Teilgenehmigung. Bei der für 2026 in Aussicht gestellten Einführung von TARDOC und Pauschalen wurden klare Vorgaben gemacht, was bis wann geschehen muss, damit der Antrag genehmigt werden kann. Dazu gehört insbesondere die Behebung der vom BAG festgestellten materiellen Mängel. Im Rahmen einer Teilgenehmigung können auch einzelne Positionen ausgeschlossen werden. Der Bundesrat hat beispielsweise beim Apothekentarif die Tarifposition für den Polymedikations-Check aus dem Vertrag zur Tarifstruktur ausgeschlossen, weil nicht nachgewiesen werden konnte, dass diese die WZW-Kriterien erfüllt.

Bei den neueren Tarifstrukturverhandlungen begleitet das BAG den Prozess in den letzten fünf Jahren enger als in der Vergangenheit. Im Rahmen dieser Begleitung konnten auch verschiedene Fragen bereits vor dem eigentlichen Genehmigungsverfahren geklärt oder Anpassungen angeregt werden. Neben den Tarifstrukturen für psychologische Psychotherapie oder Podologie, die im KVG neu als Leistungserbringer zugelassen sind, ist das BAG zum Beispiel auch in den Prozess bei der Tarifstruktur für Physiotherapie eng eingebunden.

Weniger Zurückhaltung bei subsidiären Eingriffen

Von seiner Kompetenz bei veralteten Tarifstrukturen subsidiär einzugreifen, hat der Bundesrat bisher drei Mal Gebrauch gemacht – davon zwei Mal beim TARMED, in den Jahren 2014 und 2018. Etwas anders war die Ausgangslage bei der Tarifstruktur für Physiotherapie. Das 2023 eröffnete Festsetzungsverfahren erfolgte auf einer bereits 2016 durch den Bundesrat festgesetzten Struktur. Damals musste der Bundesrat diese festsetzen, weil der Leistungserbringerverband Physioswiss die Verträge 2009 gekündigt hatte. Er übernahm im Wesentlichen die bis 2009 geltende Struktur. Im März 2017 schickte er eine leicht angepasste Version in die Vernehmlassung, die für Sitzungen eine Behandlungsdauer vorsah. Aufgrund der Stellungnahmen verzichtete er aber darauf. Der 2023 angekündigte Eingriff erfolgte also auf einer Struktur, die bereits durch den Bundesrat festgesetzt war. 2024 hat der Bundesrat aufgrund positiver Signale mitgeteilt, dass er vom geplanten Eingriff absehen wird, wenn die Tarifpartner bis Mai 2025 einen gemeinsamen Antrag für eine neue Tarifstruktur einreichen.

Mehr Kompetenzen für Datenzugriffe, aber noch keine bessere Verwertung

Jüngste Gesetzes- und Verordnungsanpassungen geben dem Bundesrat seit 2023 mehr Kompetenzen, Daten von den Tarifpartnern sowie der OAAT AG einzufordern. Sie müssen dem Bundesrat auf Verlangen umfassende Daten bekanntgeben (Art. 47b KVG), für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung von Tarifen. Im Rahmen der Genehmigungsverfahren bestand bereits vorher eine Mitwirkungspflicht. Mit dem neuen Artikel kann der Bundesrat diese Daten künftig auch für subsidiäre Eingriffe einfordern. Dieser Artikel wurde im Rahmen des Kostendämpfungspakets 1a 2021 eingeführt.

Nach der Vernehmlassung wurde der Zusatz «auf Verlangen» ergänzt, um zu verdeutlichen, dass keine umfassende Datensammlung bezweckt werden soll, sondern nur jene Daten eingefordert werden, die der Aktualisierung und Prüfung von Tarifstrukturen dienen.

Zu erwähnen ist auch, dass die Pflicht zur Datenlieferung der Versicherer ans BAG erweitert wurde. So kann der Bundesrat Individualdaten für mehr Zwecke einfordern, insbesondere auch zur «Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung» (Art. 21 KVG). Verschärfungen bei den Datenlieferungspflichten der Versicherer ans BAG gab es auch für seine Aufgaben als Aufsichtsbehörde über die Versicherer (Art. 35 KVAG).

Das BAG verfügt aber generell über wenig Daten, um Schätzungen der Tarifpartner plausibilisieren zu können und die Kostenrealität von Tarifstrukturen zu beurteilen. Das sah auch der Bundesrat im Dezember 2023 so, in seinem Bericht zur kohärenten Datenstrategie im Gesundheitswesen.[7] Trotz der erwähnten Gesetzes- und Verordnungsanpassungen hat sich daran bislang kaum etwas geändert. Zum Prüfzeitpunkt bestanden beim BAG noch keine konkreten Vorhaben, wie die neuen Kompetenzen genutzt werden sollen, um künftig die Kostenrealität von Tarifstrukturen besser sicherzustellen.

BEURTEILUNG

Positiv zu werten ist, dass der Bundesrat von seiner Kompetenz für subsidiäre Eingriffe bei festgefahrenen Revisionen auch Gebrauch macht. Ausserdem ist es ebenfalls positiv, dass das BAG in die Prozesse zur Entwicklung oder Revision von Tarifstrukturen seit ein paar Jahren enger eingebunden ist, Unklarheiten früher klären oder Anpassungen anregen kann. Das bedeutet zwar Aufwand für das BAG, kann aber zu effizienteren Prozessen beitragen, insbesondere mit Blick auf neue Anforderungen im KVG, wie die Umsetzung des neuen Monitoring-Artikels.

Die neuen Kompetenzen für Datenzugriffe stellen einen wichtigen Schritt zur Stärkung der Genehmigungs- und Aufsichtsbehörden im KVG dar. Sie verleihen der Möglichkeit von subsidiären Eingriffen mehr Gewicht und können im Bedarfsfall die Grundlagen für eine Festsetzung bereitstellen. Wichtig wäre aber auch ein konkreter Umsetzungsplan, wie neue Kompetenzen zu einer besseren Datenverwertung beitragen sollen, insbesondere zur Einschätzung der Kostenrealität von Tarifstrukturen. Dabei sollen auch laufende und künftige Gesetzesvorhaben einbezogen werden, beispielsweise zur besseren Verwertung von in der Bundesverwaltung bereits vorhandenen Daten (Stichwort «Once-Only-Prinzip»).

EMPFEHLUNG 4 — PRIORITÄT 1

Die EFK empfiehlt dem EDI im Rahmen seiner Digitalisierungsvorhaben sicherzustellen, dass neue Möglichkeiten zur besseren Verwertung von Gesundheitsdaten auch eingesetzt werden, um Tarifstrukturen aktuell zu halten. Dabei soll insbesondere definiert werden, wann das BAG welche Daten erhält und wie es diese verwertet, um nicht kostenreale Tarifstrukturen in seinem Zuständigkeitsbereich zu identifizieren.

STELLUNGNAHME DES EDI

Die Empfehlung ist akzeptiert.

Ein entsprechender Umsetzungsplanung, um die bessere Verwertung von Gesundheitsdaten sicher zu stellen, wird im Rahmen der verschiedenen Digitalisierungsvorhaben aufgenommen.

[7] «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen», Bericht des Bundesrates vom 8. Dezember 2023 in Erfüllung des Postulats 18.4102 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 6. November 2018.

5.2 Verhandlungstarife garantieren keine bessere Tarifpflege als Amtstarife

Einen direkteren Hebel als bei den Verhandlungstarifen haben Behörden bei Tarifstrukturen, die sie selbst festsetzen. Sie können im Bedarfsfall Anpassungen direkt an der Struktur vornehmen und so rascher umsetzen, als wenn sie auf eine Einigung und einen Antrag der Tarifpartner warten müssen. Insofern haben Behörden bei Amtstarifen mehr Durchsetzungskraft.

Damit ist aber noch nicht gegeben, dass behördlich festgesetzte Tarifstrukturen die Kostenrealität besser abbilden als verhandelte. Behörden sind naturgemäss weiter weg vom Tagesgeschäft und auch hier auf die Mitwirkung der Leistungserbringer und Versicherer angewiesen. Gewisse Eckwerte, wie zum Beispiel die für einen Arbeitsschritt im Labor benötigte Zeit, lassen sich plausibilisieren. Andere Angaben können Behörden kaum verifizieren und damit schwer abschätzen, ob die Vergütung angemessen ist und die Anforderungen an die Kostenrealität erfüllt. Dies betrifft insbesondere Preise von Herstellern, sei es bei Hörsystemen oder bei den für Laboranalysen benötigten Nachweismitteln, den sogenannten Reagenzien.

Der im vorangehenden Abschnitt 5.1 festgestellte eingeschränkte Verfügbarkeit von Daten betrifft also auch die Pflege und Weiterentwicklung von Amtstarifen wie der Analysenliste. Das BAG ist darauf angewiesen, dass insbesondere Leistungserbringer Daten freiwillig zur Verfügung stellen. Umso mehr, als der erwähnte Artikel 47b KVG sich ausschliessliche auf Verhandlungstarife bezieht. Zwar sind Laboratorien im KVG explizit als Leistungserbringer erwähnt. Aber weil die Analysenliste ein Amtstarif ist, fallen sie nicht darunter. Obwohl also das EDI direkt für den Erlass der Liste zuständig ist, hat es weniger Kompetenzen für Datenzugriffe, als dies bei den Verhandlungstarifen der Fall ist.

Pflege der Analysenliste – Prozess für regelmässige kleinere Anpassungen

Um von der OKP vergütet zu werden, müssen Leistungen von Laboratorien auf der *Analysenliste (AL)* aufgeführt sein. Die Liste wird vom EDI erlassen und bildet den Anhang 3 zur KLV, der Verordnung über die Leistungen in der OKP. Jede Anpassung der Liste durchläuft daher den Prozess einer Verordnungsanpassung samt Ämterkonsultation.

Der Prozess der Tarifpflege im Sinne von regelmässigen kleineren Anpassungen kann verkürzt wie folgt wiedergegeben werden. Änderungsanträge, wie z. B. die Aufnahme einer neuen Position oder Anpassungen an den Taxpunkten können beim BAG eingereicht werden. Anträge kommen in der Regel von Leistungserbringern. Das BAG als Fachamt prüft mit Unterstützung einer bundesexternen Kommission, der Eidgenössischen Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände EAMGK, ob die Leistungen die Anforderungen des KVG erfüllen. Dies umfasst insbesondere, ob sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (WZW-Prüfung). Gleichzeitig wird auch die Vergütung festgelegt, wobei es sich um Höchstansätze für die Verrechnung zulasten der OKP handelt. Das heisst, Versicherer könnten mit den Leistungserbringern auch tiefere Tarifansätze aushandeln, was bisher aber nicht geschieht.

Das BAG bereitet den Antrag mit ergänzenden Unterlagen zuhanden der beratenden Kommission auf und nimmt eine Würdigung vor. Die EAMGK bzw. deren zuständiger Ausschuss für die Analysenliste unterbreitet anschliessend dem EDI einen Vorschlag für Annahme oder Ablehnung des Antrags. Die Interessen der Leistungserbringer sind im Ausschuss insgesamt stärker vertreten, als jene der Versicherer. Der abschliessende Entscheid liegt beim EDI.

Die Prozessdauer vom Einreichen eines Antrags bis zum Entscheid gab der Bundesrat in seiner Stellungnahme zur Motion 17.3936 mit 9 bis 12 Monaten an. Nach Auskunft des BAG hängt dies aber auch stark von den Anträgen ab, weil diese zum Teil weitere Abklärungen seitens BAG erfordern. Sind diese erfolgt, dauere der Prozess rund 4 bis 6 Monate. Die erwähnte Motion hatte unter anderem eine raschere Anpassung der Analysenliste zum Ziel (siehe nachfolgenden Exkurs).

Exkurs Motion 17.3969 «Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen aushandeln»

Zum Prüfzeitpunkt beriet der Ständerat über den Umsetzungsvorschlag der Motion 17.3969. Entsprechend dem Titel der Motion, sollten künftig Tarife für Laboranalysen nicht mehr vom EDI erlassen, sondern zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern verhandelt werden. Ziel der Motion war vor allem eine raschere Anpassung der Analysenliste. Mit der vorgeschlagenen Umsetzung wäre allerdings weiterhin das EDI bzw. BAG als Fachamt für die Aufnahme von Analysen auf die Liste und damit für die wichtige WZW-Prüfung zuständig. Anschliessend würden nachgelagert die Tarifpartner über die Höhe der Vergütung verhandeln. Der Bundesrat hat in seiner Botschaft vom 1. Mai 2024 seine ablehnende Haltung bekräftigt und auch die grosse Mehrheit der Leistungserbringer sowie weiterer Akteure haben sich im Rahmen der Vernehmlassung negativ zum Umsetzungsvorschlag geäussert. Es wird bezweifelt, dass mit der vorgeschlagenen Umsetzung der Motion eine Beschleunigung des Aufnahmeverfahrens neuer Analysen auf die Liste erreicht werden kann.

Ein wichtiger Unterschied im Anwendungsgebiet der bestehenden Amtstarife zu den verhandelten besteht darin, dass sie die Leistungen genauer umschreiben. Dabei handelt es sich um sogenannte Positivlisten, die abschliessend definieren, welche Produkte, Produktgruppen oder spezifischen Leistungen zur Abrechnung über die OKP zugelassen sind.

Revision der Analysenliste dauert lange

Für umfassende Revisionen ist das EDI bzw. das BAG als Fachamt zuständig. Für diese Art der Tarifpflege gibt es keinen definierten Ablauf.

Bereits 2005 war klar, dass verschiedene Positionen auf der Analysenliste zu hoch tarifiert waren, weil Analysen aufgrund des technischen Fortschritts billiger durchgeführt werden konnten. In den über 10 Jahren seit Einführung der Liste waren die Tarife nicht systematisch überprüft worden. 2007 beschloss der Bundesrat eine Revision und als Sofortmassnahme eine Senkung des Taxpunktwerts um 10 Prozent. Die revidierte Analysenliste sollte nach dem Willen des Bundesrates 2009 in Kraft treten. In der knappen Zeit reichte es für eine Neutarifierung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen, aber nicht für eine strukturelle Überarbeitung. Das Revisionsprojekt 2009 verfehlte wichtige Ziele, die eine regelmässigere Pflege der Liste hätten ermöglichen sollen. Nach der Revision stand fest, dass eine weitere umfassendere Überarbeitung erforderlich ist.

2015 wurden 33 Positionen als Schnelle Analysen definiert, die in der Arztpraxis durchgeführt werden können. Sie werden höher vergütet, mit der Idee, dass ihre Resultate direkt in den Behandlungsentscheid einfliessen können, was rascheres Handeln ermöglichen und Folgekonsultationen vermeiden soll. Ende 2017 startete dann offiziell das noch laufende Revisionsprojekt *Transformation Analysenliste (transAL)*. Die erste Phase des Projekts endete 2020 mit einer neu strukturierten Liste. Ende 2020 senkte das EDI die Vergütung für PCR-Analysen in der Mikrobiologie zum Teil deutlich. Grund war unter anderem die Möglichkeit auf mehrere Mikroorganismen gleichzeitig zu testen, was die Tarifierung bis dahin noch nicht berücksichtigte. Aufgrund eines *Health Technology Assessments HTA* wurden ausserdem die Vergütungskriterien für Vitamin-D-Tests eingeschränkt, was gemäss Angaben des BAG zu Einsparungen von rund 46 Millionen Franken pro Jahr führte.[8]

Die Pandemie verzögerte das Revisionsprojekt, weil sie Ressourcen im BAG sowie bei den Laboratorien für die Tarifierung der COVID-Tests beanspruchte. Weil die zweite Phase von transAL mehrere Jahre in Anspruch nimmt, senkte das EDI als Übergangslösung die Tarife per 1. August 2022 linear um 10 Prozent bei allen Positionen mit Ausnahme der Schnellen Analysen. Gemäss BAG können damit jährlich Einsparungen von rund 140 Millionen Franken erzielt werden. Laut Versichererverband santésuisse sei dieser Effekt aber durch eine Mengenausweitung bereits wieder weitgehend kompensiert: Er stellte in den provisorischen Abrechnungsdaten fürs erste Semester 2024 einen Anstieg über das Niveau von 2022 fest.

[8] Vgl. dazu auch den noch nicht veröffentlichten Bericht der EFK, «Nachprüfung der Umsetzung wesentlicher Empfehlungen: Health Technology Assessments» (PA 24618), nach Publikation abrufbar auf der Webseite der EFK.

Auch das BAG hält in seinem quartalsweisen Monitoring der Kostenentwicklung (MOKKE) fest, dass trotz der linearen Senkung die durchschnittlichen Kosten pro Person für Laboranalysen im zweiten Quartal 2024 wieder das Niveau von vor der Senkung erreicht haben. Die zehnprozentige Tarifreduktion wird ausserdem nach Abschluss von transAL wieder aufgehoben. Die EFK hat das Projekt transAL nicht vertieft geprüft, weil es dafür noch zu früh war. Sie hat aber Einblicke in die Erarbeitung der zweiten Phase erhalten und positive Elemente in der angedachten Ausgestaltung festgestellt.

BEURTEILUNG

Insgesamt findet die durchgeführte Prüfung keine Hinweise dafür, dass Verhandlungstarife eine bessere Tarifpflege ermöglichen als Amtstarife. Die Einteilung in Amts- und Verhandlungstarife ist in erster Linie historisch gewachsen und nicht unveränderbar. Aus Sicht des BAG ist die Einteilung aber sinnvoll, weil sie jene Leistungen umfasst, die im Sinne einer Positivliste genau definiert werden können.

Die EFK kann dies im Grundsatz nachvollziehen. In Bezug auf die Analysenliste teilt sie die Einschätzung, dass ein Aushandeln der Labortarife unter den Tarifpartnern keine raschere Anpassung garantiert. Dies insbesondere, weil im bisherigen Prozess die Vergütung der Leistungen im gleichen Schritt wie die WZW-Prüfung erfolgte, was effizienter sein dürfte als eine separate nachgelagerte Verhandlung.

Verbesserungspotenzial gibt es dennoch: In den Nullerjahren und noch bis 2015 wurde die Analysenliste zu wenig gepflegt. Seither konnten aber einige Fortschritte erzielt werden, insbesondere in den letzten fünf Jahren. BAG und EDI haben verschiedene Sofortmassnahmen umgesetzt und Einsparungen realisiert. Die laufende zweite Phase des umfassenden Revisionsprojekts transAL ist entscheidend für die künftige Pflegbarkeit der Analysenliste. Die Einblicke, die die EFK erhalten hat, versprechen Verbesserungen. Für eine Beurteilung ist es noch zu früh.

Die EFK verzichtet daher auf eine Empfehlung, legt dem EDI aber nahe, bei der nächsten Gesetzesrevision darauf hinzuwirken, auch bei den behördlich festgelegten Tarifen mehr Kompetenzen zu erhalten, um nötigenfalls Daten bei den Leistungserbringern einfordern zu können.

ANHANG 1 – RECHTSGRUNDLAGEN UND PARLAMENTARISCHE VORSTÖSSE

RECHTSTEXTE

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959, SR 831.20
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10
Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) vom 26. September 2014, SR 832.12
Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981, SR 832.20
Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) vom 19. Juni 1992, SR 833.1
Verordnung des EDI über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) vom 29. November 1976, SR 831.232.51
Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, SR 832.102
Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung vom 20. Juni 2014, SR 832.102.5
Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995, SR 832.112.31
Preisüberwachungsgesetz (PüG) vom 20. Dezember 1985, SR 942.20

PARLAMENTARISCHE VORSTÖSSE

18.4102	Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen, Postulat der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, Ständerat, 06.11.2018
17.3969	Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen aushandeln, Motion der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, Ständerat, 26.10.2017
16.419	Wettbewerbspreise bei Medizinalprodukten der Mittel- und Gegenständeliste, parlamentarische Initiative von Ruth Humbel, 17.03.2016

BOTSCHAFTEN

24.037	Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Verhandlung der Tarife der Analysenliste) vom 1. Mai 2024, BBl 2024 1105
22.062	Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) vom 7. September 2022, BBl 2022 2427
19.046	Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) vom 21. August 2019, BBl 2019 6071

ANHANG 2 – ABKÜRZUNGEN

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AL	Analysenliste
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
EAMGK	Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
HTA	Health Technology Assessments
IVG	Invalidenversicherungsgesetz
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Krankenversicherungsverordnung
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
MOKKE	Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
MVG	Militärversicherungsgesetz
OAAT AG	Organisation ambulante Arzttarife
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OPS	Organisation Podologie Schweiz
SL	Spezialitätenliste
SwissDRG AG	Organisation für stationäre Tarifstrukturen
TARDOC	Nachfolge von TARMED
TARMED	Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen («tarif médical»)
transAL	Revisionsprojekt Transformation Analysenliste
UVG	Unfallversicherungsgesetz
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WZW	Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit
ZMT	Zentralstelle für Medizinaltarife UVG

ANHANG 3 – AUSWAHL DER TARIFSTRUKTUREN

VERHANDELTE TARIFE

Ambulant	
Physiotherapie	Datengrundlagen: 2022 neu erhoben Laufende Verhandlungen zu neuer Tarifstruktur, Dauer voraussichtlich bis Ende 2024. Die Frist zur Einreichung der Anträge wurde vom Bundesrat vorgegeben: Mai 2025. Bisherige Tarifstruktur: Per 1.1.2018 durch den Bundesrat festgesetzt, basierend auf der bis 2009 gültigen Struktur. Zuvor mehrere gescheiterte Verhandlungen (2008, 2016). Finanzielle Grössenordnung: 1,55 Milliarden CHF pro Jahr oder knapp 4 Prozent der OKP-Kosten (BAG 2024, OKP-Statistik 2023).
Psychologische Psychotherapie	Datengrundlagen: 2023 Neu im KVG zugelassen: Seit 2022 können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Leistungen zulasten der (OKP) selbständig abrechnen. Voraussetzung ist eine ärztliche Anordnung. Laufende Verhandlungen zu neuer Tarifstruktur, Dauer voraussichtlich 2021 bis Ende 2024. Finanzielle Grössenordnung: mittel- bis langfristig 400 Millionen CHF (Schätzung santésuisse 2023).
Chiropraktik	Datengrundlagen: 1984 Dauer der letzten Revision: 2018 bis 2020 (umfasste im Wesentlichen die Aufnahme des Aktenstudiums), 2020 genehmigt. Finanzielle Grössenordnung: rund 100 Millionen CHF pro Jahr (BAG 2024, OKP-Statistik 2023).
Podologie	Datengrundlagen: 2023 Neu im KVG zugelassen: Seit 2022 können Podologinnen und Podologen Leistungen bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes und Risikofaktoren über die OKP abrechnen. Tarifstruktur 2024 beim BAG eingereicht, Prüfung der Anträge voraussichtlich bis Ende 2024. Finanzielle Grössenordnung: 8 bis 9 Millionen CHF (Schätzung Polynomics für das Jahr 2023, Monitoringbericht im Auftrag des BAG).
Hebammen	Datengrundlagen: 1994 Dauer der letzten Revision: 2015 bis 2018 (umfasste im Wesentlichen die Anpassung der Weg- und Materialpauschalen), 2020 befristet genehmigt bis 2024. Finanzielle Grössenordnung: 120 Millionen CHF im Jahr 2021 (Schweizer Hebammenverband 2023, Monitoringbericht Kosten 2021).
Orthopädie (IV)	Datengrundlagen: 2009 Dauer der letzten Revision: 2009 bis 2016 (Verhandlungen ZMT mit Leistungserbringern). Die Tarifstruktur gilt für IV/UV/MV. Inhalt: Der Tarif regelt die Abgeltung von orthopädietechnischen Arbeiten, beispielsweise für die Anfertigung oder Wartung von Schienen (Orthesen) und Prothesen. Finanzielle Grössenordnung: 15 bis 20 Millionen CHF pro Jahr (Angabe BSV, im Jahr 2023 waren es 23 Millionen CHF).

Stationär	
SwissDRG	Datengrundlagen: Jährliche Aktualisierung, jeweils zwei Jahre verzögert. Spezielle Ausgangslage: Mit der neuen Spitalfinanzierung wurde 2009 eine nationale Tariforganisation im KVG verankert, die SwissDRG AG. Dabei handelt es sich um eine gemeinnützige Aktiengesellschaft im Besitz der Tarifpartner und der Kantone. Gesetzlich geregelt sind auch die Möglichkeiten zur Finanzierung (kostendeckende Fallbeiträge) sowie die Pflichten der Spitäler zur Datenlieferung. Verkürzt zusammengefasst besteht ein DRG-System aus Fallgruppen, die nach medizinischer Logik und basierend auf statistisch relevanten Aufwand-Faktoren (z. B. Patientenschweregrad oder Alter) gebildet werden. Pro Gruppe werden anschliessend die Durchschnittskosten genommen, sog. Kostengruppen. Die automatisierten Datenflüsse auf Basis einer einheitlichen Rechnungslegung ermöglichen eine datengestützte regelmässige Bewertung und Weiterentwicklung des Systems. Finanzielle Grössenordnung: 7,36 Milliarden Franken pro Jahr oder rund 18,4 Prozent der OKP-Kosten (BAG 2024, OKP-Statistik 2023)

AMTSTARIFE

Laboranalysen BAG/EDI	Die Analysenliste (AL) regelt abschliessend und verpflichtend, welche Analysen im ambulanten Bereich von der OKP übernommen werden. Sie gilt nicht im stationären Bereich, weil Analysen im Rahmen von Spitalaufenthalten i. d. R. in den Pauschalen (DRG) enthalten sind. Die AL wird durch das BAG gepflegt, aber vom EDI als Anhang 3 zur KLV erlassen. Finanzielle Grössenordnung: 1,96 Milliarden CHF im Jahr 2022 (BAG 2024, Faktenblatt Mengen- und Umsatzentwicklung Analysenliste), was rund 5 Prozent der Gesamtkosten der OKP entspricht. Dies ist im Vergleich zu den in Abbildung 1 ausgewiesenen 1,8 Milliarden CHF eine präzisere Grössenordnung. Die Abweichung ergibt sich u.a. durch Leistungen, der Praxis- und Spitallaboratorien, die in der Kostengruppe «Labor» fehlen.
Hörsysteme (IV) BSV	Spezielle Ausgangslage: Das BSV hat für die IV im Jahr 2011 ein Pauschalvergütungssystem eingeführt (Anhang zur HVI, gestützt auf Art. 21^{quater} IVG). Im UV/MV-Bereich verfügt die ZMT nicht über die Kompetenz, Pauschalen festzulegen, weshalb dort noch eine zwischen der ZMT und den Leistungserbringern verhandelte Tarifstruktur zur Anwendung kommt. Finanzielle Grössenordnung: 80 Millionen CHF IV und AHV, wovon rund 30 Millionen AHV (Schätzung BSV für 2023, Monitoring)

ANHANG 4 – EXKURS CHIROPRAKTIK (KVG VS. UVG)

Position	Bezeichnung	KVG in CHF	UVG in CHF	Differenz in %
	Konsultationen und klinische Untersuchungen			
6001	Erste Konsultation	55.00	57.00	+4%
6002*	Jede weitere Konsultation, *bis 15 min. (KVG), bis 10 min. (UVG)*	17.50	19.00	
6003	Zuschlag zu Konsultationstaxen	37.50	47.00	+25%
6004	Telefonische Konsultation	12.50	24.00	+92%
6005	Lokalstatus	45.00	48.00	+7%
6006	Differentialdiagnostischer Status	72.50	87.00	+20%
6007*	Zusätzlicher Zeitaufwand bei Ziffer 6002, *pro 15 min. (KVG), pro 10 min. (UVG)*	20.00	24.00	
6008	Technische Analysen (Oszillometrie, Spirometrie, usw.)	15.00	14.00	-7%
6009*	Aktenstudium, *pro 5 min. (KVG), pro 10 min. (UVG)*	8.50	24.00	
6011*	Weg-/Zeitentschädigung, *pro 5 min. (KVG), pro 10 min. (UVG)*	10.00	47.00	
	Chiropraktische Therapie			
6051	Chiropraktische Behandlung (1- 3 Behandlungsregionen)	22.50	24.00	+7%
6052	Komplexe, chiropraktische Behandlung (>3 Behandlungsregionen)	32.50	36.00	+11%
6053	Neuromuskuläre Reflextherapie	12.50	14.00	+12%
6054	Chiropraktische Behandlung unter Allgemeinanästhesie	110.00	114.00	+4%

Tabelle 1: Vergleich ausgewählter Positionen aus den Tarifstrukturen für Chiropraktik vom 1.1.2020 für KVG und UVG. Für die Umrechnung der Taxpunkte in Franken wurde im KVG ein Taxpunktwert von 5.00 Franken und im UVG einer von 1.00 Franken angenommen. Im KVG gelten kantonal unterschiedliche Taxpunktwerte (vgl. Fussnote 6 zum Exkurs in Kapitel 3).
* Positionen mit unterschiedlichen Zeitabständen für die Vergütung nach KVG und UVG (siehe nachfolgende Rechenbeispiele).

RECHENBEISPIELE

Rechenbeispiel zweite Konsultation für eine Dauer zwischen 10 und 15 Minuten:

Position	Bezeichnung Zweite Konsultation (> 10 min. und ≤ 15 min.)	KVG in CHF	UVG in CHF	Differenz in %
6002	Jede weitere Konsultation	17.50	19.00	
6007	Zusätzlicher Zeitaufwand bei Ziffer 6002		24.00	
	Total	**17.50**	**43.00**	**+146%**

Tabelle 2: Rechenbeispiele basierend auf den Tarifstrukturen Chiropraktik vom 1.1.2020 für KVG und UVG. Für die Umrechnung der Taxpunkte in Franken wurde im KVG ein Taxpunktwert von 5.00 Franken und im UVG einer von 1.00 Franken angenommen. Im KVG gelten kantonal unterschiedliche Taxpunktwerte (vgl. Fussnote 6 zum Exkurs in Kapitel 3). Hinweis: Bei einer Dauer zwischen 15 und 20 Minuten würde die Differenz lediglich +15% betragen, weil dann auch nach KVG die Position 6007 abgerechnet werden darf. Laut Leistungserbringerverband ChiroSuisse wird aber auch im UVG die Position 6007 nicht bei jeder Folgekonsultation abgerechnet, dies sei eher die Ausnahme.

Rechenbeispiele Aktenstudium und Wegentschädigung nach Dauer:

Position	Bezeichnung	KVG in CHF	UVG in CHF	Differenz in %
6009	**Aktenstudium:**			
	> 5 min. und ≤ 10 min.	17.00	24.00	+41%
	> 10 min. und ≤ 15 min.	25.50	48.00	+88%
	> 15 min. und ≤ 20 min.	34.00	48.00	+41%
6011	**Weg-/Zeitentschädigung:**			
	> 10 min. und ≤ 15 min.	30.00	94.00	+213%
	> 15 min. und ≤ 20 min.	40.00	94.00	+135%
	> 20 min. und ≤ 25 min.	50.00	141.00	+182%

Tabelle 3: Rechenbeispiele basierend auf den Tarifstrukturen Chiropraktik vom 1.1.2020 für KVG und UVG. Für die Umrechnung der Taxpunkte in Franken wurde im KVG ein Taxpunktwert von 5.00 Franken und im UVG einer von 1.00 Franken angenommen. Im KVG gelten kantonal unterschiedliche Taxpunktwerte (vgl. Fussnote 6 zum Exkurs in Kapitel 3).

Hinweis: Beim Aktenstudium (Position 6009) gilt es gem. Leistungserbringerverband ChiroSuisse zu beachten, dass Unfallpatientinnen und -patienten häufig mit einem ausführlichen Bericht aus einem Spital überwiesen werden. Weiter werde die Position 6011, wo die Unterschiede zwischen KVG und UVG am grössten sind, von den Leistungserbringern kaum verwendet.