

**Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 16. März 2020 zuhanden der SGK-N
«Tarifrecht und Experimentierartikel ()»**

1 Auftrag

Am 31. Januar 2020 begann die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) die Beratung des Geschäfts 19.046n: Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Änderung, Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1. In der zweiten Sitzung vom 21. Februar 2020 wurden verschiedene Anträge zur Vorlage gestellt. Im vorliegenden Verwaltungsbericht werden die aufgeworfenen Fragen für die nächste Sitzung der SGK-N vom 26./27. März 2020 beantwortet. Im Antrag wird die Verwaltung beauftragt, verschiedene Beispiele von Finanzierungsmodellen darzustellen, die sich vom Finanzierungsmodell nach Einzelleistungstarif (z. B. TARMED) und jenem nach Pauschaltarif (z. B. DRG) lösen. Dabei sind gemischte Modelle und/oder solche mit Kopfpauschale (capitation) zu berücksichtigen.

Thematisch werden nachfolgend daher zuerst Ausführungen zum Tarifrecht und den heutigen Möglichkeiten der Tarifpartner gemacht und danach der Experimentierartikel weiter erläutert. Dabei wird insbesondere auf die drei Anträge zum Experimentierartikel eingegangen. Näher behandelt werden die Fragen, ob eine kantonale Genehmigungskompetenz bei kantonalen Projekten möglich wäre und was für ein Beschwerderecht den Kantonen zur Verfügung steht (Antrag). Bezogen auf Antrag wird aufgezeigt, ob die von H+ vorgestellten Pilotprojekte betreffend ambulante Pauschalen unter Artikel 59b E-KVG fallen könnten. Schliesslich wird zum Antrag Stellung genommen, welcher eine Übersicht über die bereits laufenden Versuchsprojekte wünscht, um Doppelspurigkeiten von neuen Experimenten mit laufenden Reformen zu vermeiden.

2 Tarife und Preise

2.1 Allgemeines zum Tarifrecht nach KVG

Die Bestimmungen über Tarife und Preise finden sich in den Artikeln 43 bis 53 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Die Grundsätze sind in Artikel 43 KVG geregelt.

Nach Artikel 43 Absatz 1 KVG erstellen die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen. Der Tarif ist dabei eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung. Artikel 43 Absatz 2 KVG enthält eine Aufzählung der möglichen Tarifarten. Demnach kann der Tarif

- a) auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif)
- b) für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif)
- c) pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif)

Pauschalen können sich auf die Behandlung je Patient (Patientenpauschale) oder auf die Versorgung je Versichertengruppe (Versichertenpauschale) beziehen (Art. 43 Abs. 3 KVG). Die Aufzählung der Tarifarten ist nicht abschliessend und es sind auch Mischformen zulässig (Eugster, Die obligatorische Krankenversicherung, N 967, in: SBVR Soziale Sicherheit, 3. Auflage 2016).

Das KVG beruht auf dem Grundsatz der Tarifautonomie der Tarifpartner. Demnach werden Tarife und Preise im KVG grundsätzlich in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart (Art. 43 Abs. 4 Teilsatz 1 KVG). Nur in den vom Gesetz bestimmten Fällen werden die Tarife von der zuständigen Behörde festgesetzt. Ansonsten sind Tarifart, Tarifgestaltung, Höhe der Entschädigungen und Durchführungsfragen in Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern bzw. deren Verbände zu regeln (vgl. Eugster, a.a.O., N 1031).

Die Tarifpartner verfügen über ein grosses Auswahlmessen, müssen allerdings die Grundsätze der Tarifziele und die gesetzlichen Vorgaben beachten. So müssen Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Struktur beruhen (Art. 43 Abs. 5 KVG). Dies gilt für die Einzelleistungstarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen (TARMED) oder derjenigen für physiotherapeutische Leistungen. Den Tarifpartnern steht es frei, auf gesamtschweizerischer, kantonaler oder regionaler Ebene einen Zeit- oder Pauschaltarif für ambulante Behandlungen vorzusehen.

Dennoch sind im ambulanten Bereich vor allem Einzelleistungstarife anzutreffen. Reine Zeittarife sind nicht häufig, da sie einen Anreiz zur Ausdehnung der Behandlungsdauer geben. Viele Tarife weisen zwar eine zeitliche Komponente auf, sind insgesamt aber als Einzelleistungstarife ausgestaltet. Dies ist z.B. auch beim Tarif für ambulante ärztliche Leistungen (TARMED) der Fall.

Für die Vergütung der stationären Behandlung schreibt Artikel 49 Absatz 1 KVG eine bestimmte Tarifart vor, nämlich grundsätzlich Fallpauschalen. Dazu gehören etwa die Tarifstruktur SwissDRG sowie TARPSY für die Vergütung der stationären Behandlungen in der Psychiatrie.

2.2 Weiterentwicklung der Tarife

Die Tarifautonomie im KVG besteht in den Schranken der zwingenden Normen des Krankenversicherungsrechts, des Verfassungsrechts und allgemeiner Rechtsgrundsätze (Eugster, a.a.O., N 1033). Diese Vertragsautonomie wird insbesondere durch gesetzliche Vorgaben wie einer betriebswirtschaftlichen Bemessung und einer sachgerechten Struktur der Tarife eingeschränkt. Die Aufzählung der möglichen Tarifarten soll auch dazu anstossen, andere Tarifarten zu entwickeln. Im Grundsatz ist jede Tarifart zugelassen (vgl. Moser, Stellungnahme zur Eignung der geltenden Tarifregeln und Tarife nach KVG für neue Versorgungsmodelle vom 21. Dezember 2012, S. 6, im Anhang).

Moser kommt in seinem Bericht zum Schluss, dass gerade im ambulanten Bereich die Gestaltungsfreiheit nach dem KVG sehr hoch sei. Dies, weil, weder ein bestimmtes Versorgungsmodell noch eine bestimmte Ausgestaltung der Tarife vorgeschrieben werden. Der Spielraum für neue Entwicklungen in der ambulanten Versorgung, insbesondere für neue Versorgungsmodelle, ist vorhanden und kann /soll besser genutzt werden. So schliesst *Moser* eine Kombination verschiedener Tarifarten, wie beispielsweise Einzelleistungstarife mit Pauschalen, nicht aus. Nicht zuletzt besteht bei besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41 Absatz 4 KVG Raum, um andere Tarifarten anzuwenden.

Weil im KVG der Grundsatz der Tarifaufonomie vorherrschend ist, ist es in erster Linie Aufgabe der Tarifpartner, neue Modelle auszuarbeiten. Dafür haben sie einen grossen Gestaltungsspielraum. Dennoch sind in der Schweiz im ambulanten Bereich die Einzelleistungstarife die Regel, in fast allen Leistungserbringerbereichen ist die Einzelleistungstarifstruktur vorherrschend (Ärzte/Spital ambulant, Physiotherapie, Hebammen, Chiropraktoren usw.). Pauschalen im Sinne von Patientenpauschalen gibt es i.d.R. nur für spezifische Leistungen (z.B. Augenoperationen, ambulante Rehabilitationsprogramme). Für die stationäre Behandlung sind wie erwähnt pauschale Vergütungen vom Gesetzgeber vorgeschrieben. Capitationmodelle kommen teilweise im Rahmen der Modelle mit eingeschränkter Wahl vor und werden dann in Verträgen zwischen Versicherer und Netzwerken der koordinierten Versorgung vereinbart.

Das BAG hat 2016 eine (bisher unveröffentlichte) Studie erstellen lassen (Polynomics: «Internationaler Vergleich der Tarifsysteme für ambulante ärztliche Leistungen zu Lasten einer Sozialversicherung im Falle einer Krankheit»). In dieser Studie wurden die ambulanten Tarifsysteme für die Abrechnung von ärztlichen Leistungen von ausgewählten Ländern verglichen und dargestellt. Einzelleistungsvergütungen für niedergelassene Ärzte/-innen kommen in Deutschland, Frankreich, den USA (Medicare-Programm), Belgien und Luxemburg zum Einsatz. In den Niederlanden existiert eine scharfe Trennung zwischen Allgemeinärzten und Spezialisten. Allgemeinärzte werden mit einem Mix aus Capitation und einer Vergütung pro Konsultation bezahlt. Die Spezialisten arbeiten fast ausschliesslich in Spitälern und werden mit einem Fallpauschalensystem vergütet. Mischmodelle, d.h. Kombinationen von Einzelleistungsvergütungen mit Capitation kommen in Österreich, Dänemark und in Norwegen vor. Vorwiegend mit Capitation wird England und Schweden vergütet. In Finnland werden Ärztinnen und Ärzte primär über einen Monatslohn vergütet. Länder welche praktisch ohne Einzelleistungsvergütung auskommen und damit vorwiegend auf Capitation setzen, sind also eher die Ausnahme.

Zusammenfassend kann damit festgehalten werden, dass das KVG einen weiten Spielraum einräumt, den die Tarifpartner nutzen können. Im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten und unter Einbehaltung der Bestimmungen zum Tarifrecht sind sie in der Ausgestaltung der Tarife weitgehend frei.

3 Experimentierartikel (Art. 59b E-KVG)

3.1 Zweck des Experimentierartikels

Ziel und Zweck des Experimentierartikels ist die Zulassung von innovativen Pilotprojekten zur Eindämmung der Kostenentwicklung. Die vorgeschlagene Bestimmung schafft die erforderliche gesetzliche Grundlage, damit solche Pilotprojekte im Rahmen des KVG durchgeführt werden können und regelt gleichzeitig deren rechtlichen Rahmenbedingungen. Gefördert und zugelassen werden sollen Projekte ausserhalb des «normalen» Rahmens des KVG. Während der Dauer eines Pilotprojektes sollen die Akteure somit von der Verpflichtung befreit werden, gewisse Bestimmungen des KVG einzuhalten.

Das Grundanliegen der Bestimmung ist die Ermöglichung von Innovationen und Experimenten. Dazu braucht es Projekte mit neuen Kostendämpfungsmodellen, die noch nicht erprobt wurden und die sich deshalb in der Praxis noch bewähren müssen. Der Rahmen für solche Experimente muss offen, aber dennoch relativ streng sein, damit die Auswirkungen effizient ausgewertet werden können. Es soll keine Pilotprojekte ohne Kontrolle, Aufsicht und Auswertung geben. Denn Sinn und Zweck der Pilotprojekte ist es festzustellen, ob ein Modell eine kostendämpfende Wirkung hat und folglich gesetzlich verankert werden soll.

So können beispielsweise Kantone und Versicherer zusätzlich zu den bereits verfügbaren Möglichkeiten im Rahmen des KVG weitere Projekte und Massnahmen durchführen. Neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung können ohne Gesetzesänderungen erprobt werden, um zu sehen, ob sie sich in der Praxis bewähren. Massnahmen, welche die Erwartungen und Ziele hinsichtlich Kostendämpfung nicht erfüllen, können ausserdem einfach und schnell wieder aufgehoben werden. Schliesslich können Pilotprojekte auch einen Lerneffekt auf andere Projekte von Kantonen oder Versicherern ausüben.

3.2 Inhalt des Experimentierartikels

Gesuche zur Durchführung von Pilotprojekten können eingereicht werden von verschiedenen Akteuren wie den Kantonen, den Krankenversicherern oder ihren Verbänden, den Leistungserbringern oder ihren Verbänden oder den Patientenorganisationen.

Die Pilotprojekte unterliegen einer inhaltlichen, zeitlichen und räumlichen Begrenzung.

Gemäss Vorschlag des Bundesrates sollen Pilotprojekte nur in den folgenden Bereichen möglich sein:

- a. Leistungserbringung im Auftrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) (Naturalleistungsprinzip) anstelle der Kostenrückerstattung für Leistungen;
- b. Übernahme von Behandlungen im Ausland ausserhalb der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit nach Artikel 34 Absatz 2;
- c. Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers;
- d. Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen;
- e. Förderung der koordinierten und der integrierten Gesundheitsversorgung.

Diese Liste ist abschliessend. Eine generelle offenere Formulierung ist aufgrund des Gesetzmässigkeitsprinzips nicht möglich.

Zeitlich ist eine Projektdauer von etwa drei bis fünf Jahren angedacht. Nach Abschluss des Pilotprojekts ist eine Evaluation durch unabhängige Expertinnen und Experten vorgesehen. Der Projektträger hat dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) einen Schlussbericht über die Wirkung und die Ergebnisse des geprüften Modells vorzulegen. Auf dieser Grundlage prüft das EDI, ob eine gesetzliche Verankerung des Modells sinnvoll ist oder nicht und legt dem Bundesrat einen entsprechenden Bericht vor. Die Rückkehr zur Situation vor der Projektbewilligung muss immer möglich sein.

Die Teilnahme an einem Pilotprojekt soll grundsätzlich freiwillig sein. Eine korrekte Auswertung eines Projektes, insbesondere seine kostendämpfende Wirkung auf die OKP ist jedoch nur bei einer repräsentativen Teilnehmerzahl möglich. Deshalb können in Ausnahmefällen, in denen eine genügende freiwillige Teilnahme nicht sichergestellt ist, die Versicherer und Leistungserbringer vom EDI zur Teilnahme verpflichtet werden, damit die kostendämpfende Wirkung angemessen beurteilt werden kann.

Die Pilotprojekte unterliegen einer Bewilligungspflicht durch das EDI. Werden im Rahmen eines Pilotprojektes neue Rechte und Pflichten eingeführt, ist dazu aufgrund des Legalitätsprinzips eine explizite rechtliche Grundlage notwendig. Abweichungen vom Gesetz sowie neue Rechte und Pflichten der Akteure werden anstelle im KVG in der jeweiligen Departementsverordnung des EDI für jedes einzelne Projekt geregelt. Damit soll die Rechtssicherheit für alle Beteiligten gewährleistet werden.

Auch wenn es für die Dauer der Pilotprojekte zu einer Befreiung von der Verpflichtung kommt, gewisse Bestimmungen des KVG einzuhalten, sind die Rechte der Versicherten jederzeit zu gewährleisten. Ausserdem darf der Leistungskatalog der OKP bei Experimenten nicht eingeschränkt werden, es dürfen aber auch keine mittel- und langfristigen Kostenerhöhungen oder Zusatzkosten für die OKP entstehen oder eine Kostenübertragung auf eine andere Sozialversicherung erfolgen.

3.3 Besondere Verfahrens- und Anwendungsfragen

Sinn und Zweck der Pilotprojekte ist es festzustellen, ob ein Modell eine kostendämpfende Wirkung hat und folglich gesetzlich verankert werden soll. Um dies anhand einer objektiven Vergleichbarkeit feststellen zu können, braucht es eine einheitliche Kontrolle, Aufsicht und Auswertung der einzelnen Pilotprojekte. Auch die Freiwilligkeit der Teilnahme muss immer gleich beurteilt werden, um die Rechtssicherheit und Behandlungsgleichheit aller Beteiligten gewährleisten zu können. Dies ist nur möglich, wenn die Bewilligung und Aufsicht über die einzelnen Pilotprojekte über eine einzige Stelle läuft, dem EDI.

Mit der Bestimmung, dass die Bewilligung von Pilotprojekten durch eine Departementsverordnung des EDI erteilt werden soll, wird nicht nur sichergestellt, dass eine sorgfältige Prüfung erfolgt, sondern unter anderem auch dem Anliegen entsprochen, dass die Prüfung und Bewilligung von Gesuchen rasch und effizient erfolgen kann. Wieso eine Genehmigung durch die Kantone schneller erfolgen würde, ist nicht ersichtlich. Zudem darf die Dauer des Bewilligungsverfahrens in vorliegender Sache und in Anbetracht der Wichtigkeit einer sorgfältigen und einheitlichen Prüfung kein Kriterium für die Zuweisung von Zuständigkeiten sein.

Gesuche um die Durchführung von Pilotprojekten werden auf dem Weg einer Departementsverordnung bewilligt. Die Ablehnung eines Gesuchs erfolgt jedoch durch Verfügung des EDI. Daraus ergibt sich im Falle einer Ablehnung ein Beschwerderecht der Gesuchsteller ans Bundesverwaltungsgericht (Art. 31 VGG i.V.m. Art. 5 VwVG). Die genauen Modalitäten zur Bewilligung oder Ablehnung von Gesuchen werden in einer Bundesratsverordnung geregelt.

Schliesslich bleibt anzufügen, dass die Kantone aufgrund der verfassungsmässigen Zuständigkeit grundsätzlich die Kompetenz haben, für ihren Bereich eigene gesetzliche Regelungen zu erlassen. So haben beispielsweise die Kantone Bern und Neuenburg in ihren Gesundheitsgesetzen einen Experimentierartikel integriert, der kantonale Pilotprojekte in deren Rahmen zulässt. Es steht jedem Kanton offen, ebenfalls solche gesundheitspolizeilichen Bestimmungen in sein kantonales Recht aufzunehmen. Es steht jedoch nicht in der Kompetenz der Kantone, Abweichungen vom KVG zu erlassen, zu verordnen oder zu verfügen.

Projekte und Massnahmen, die bereits durch bestehende Regelungen im Gesetz (KVG) möglich sind, sollen nicht unter den Experimentierartikel fallen. Dies ist bei den beiden Pilotprojekten von H+ betreffend ambulante Pauschalen der Fall. Bereits heute besteht für die Versicherer und Leistungserbringer im Rahmen des KVG ein grosser Handlungsspielraum für innovative Projekte, die eine Eindämmung des Kostenwachstums ermöglichen würden, dies insbesondere im Bereich der Tarife und Preise aufgrund des Grundsatzes der Tarifautonomie. Hierzu wird auf die obigen Ausführungen unter 2.1 verwiesen, wonach ebenfalls hervorgeht, dass die beiden von H+ vorgestellten Projekte grundsätzlich bereits heute nach geltendem Recht im Rahmen der Tarifautonomie des KVG als Versuchsprojekte durchgeführt werden können, sofern die datenschutzrechtlichen Bestimmungen ebenfalls eingehalten werden.

Der aufgrund des Gesetzmässigkeitsprinzips abschliessende Bereich des Experimentierartikels wurde unter anderem in der vorliegenden Form vorgeschlagen, damit keine Doppelspurigkeiten

entstehen können. Da die Tarifpartner also bereits unter dem bestehenden Recht die Möglichkeit haben, Pauschalen vereinbaren zu können, ist es nicht erforderlich, eine solche Möglichkeit zusätzlich in den Experimentierartikel zu integrieren.

Es ist also bereits heute aufgrund der bestehenden Regelungen im KVG möglich, innerhalb von dessen Rahmen Versuchsprojekte durchzuführen. Da jedoch weder eine rechtliche Grundlage gegeben ist, die den Bund verpflichten würde, solche Projekte genehmigen zu müssen, noch eine Meldepflicht der Kantone bezüglich der Durchführung solcher Projekte besteht, ist das EDI nicht in der Lage, eine vollständige Auflistung erstellen zu können.

Aktuell laufende, befristete Versuchsprojekte sind dem EDI keine bekannt. Es können jedoch einige Beispiele von Projekten angeführt werden, die im Rahmen des KVG durchgeführt worden sind. So kann beispielsweise im Zusammenhang mit dem Territorialitätsprinzip die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) seit dem Jahre 2006 im Rahmen von Pilotprojekten der Kantone und der Krankenversicherer die Kosten medizinischer Behandlungen im grenznahen Ausland übernehmen. Solche Pilotprojekte bestehen im Raum Basel/Lörrach und St. Gallen/Liechtenstein. Mit der Revision des KVG vom 30. September 2016 (AS 2017 6717; BBl 2016 1) wurde auf den 1. Januar 2018 für diese grenzüberschreitende Zusammenarbeit eine dauerhafte gesetzliche Grundlage geschaffen. Zudem können die Kantone weitere unbefristete Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in grenznahen Regionen beantragen. Als Beispiel für ein geplantes Pilotprojekt kann dasjenige des Kantons Glarus erwähnt werden, welcher die Einführung eines Pilotprojektes zur einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) vorsah. Da die heutigen Rahmenbedingungen des KVG offenbar zu schwer zu erfüllen waren, wurde die Durchführung des Projektes vorerst auf Eis gelegt.

4 Anhang zum Bericht

Bericht von Dr. iur. Markus Moser zur Eignung der geltenden Tarifregelungen und Tarife nach KVG für neue Versorgungsmodelle vom 21. Dezember 2012