

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 11. April 2023 zuhanden der SGK-N

«Netzwerke zur koordinierten Versorgung»

Fazit des runden Tisches zu den Netzwerken zur koordinierten Versorgung

Die Teilnehmenden am Runden Tisch waren sich im Grundsatz einig, dass die bestehende Fragmentierung der Leistungserbringung je nach Berufsgruppe überwunden und die Koordination der Versorgung, insbesondere im ambulanten Bereich gefördert werden muss. Es besteht ebenfalls Konsens, dass insbesondere ältere, chronisch und mehrfachkranke Personen von einer koordinierten, interprofessionellen Versorgung profitieren. Bezüglich der dazu notwendigen Massnahmen gehen die Haltungen jedoch auseinander.

Die Mehrheit der am Runden Tisch vertretenen Akteure ist der Meinung, dass die vom Bundesrat vorgeschlagenen «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» keinen gangbaren Weg darstellen.

curafutura, das Schweizer Forum für integrierte Versorgung fmc, FMH, H+, medswissnet, mfe Hausärzte Schweiz, santésuisse, der SVBG sowie das Schweizerische Konsumentenforum sind der Ansicht, dass es keinen neuen Leistungserbringer «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» braucht. Sie plädieren für eine Weiterentwicklung der bestehenden alternativen Versicherungsmodelle (AVM) («Ansatz Versicherungsmodell» vgl. dazu Ziff. 3) und haben diesbezüglich einige Vorschläge eingebracht (siehe dazu auch Ziff. 3.4). Für diese Akteure ist der Vorschlag des Bundesrates ein starker und unnötiger Eingriff in die Organisationsfreiheit der Versicherer und der Leistungserbringer.

Die oben genannten Akteure sind der Ansicht, dass bereits umgesetzte Reformen wie die Verfeinerung des Risikoausgleichs sowie anstehende Reformen wie die Einheitliche Finanzierung aller Leistungen oder auch die Neugestaltung der ärztlichen Tarifstruktur Tardoc die Koordination zwischen den Leistungserbringern deutlich verbessern werden. Die Verantwortung zur besseren Koordination der Leistungserbringung solle ausschliesslich bei den Leistungserbringern und den Versicherer liegen und bedürfe keines zusätzlichen Leistungserbringers. Teilweise wurde der Vorschlag auch unter Verweis auf den Vertragszwang für die Versicherer mit den Netzwerken zur koordinierten Versorgung abgelehnt. Zudem befürchten etwa santésuisse wie auch das Schweizerische Konsumentenforum, dass es innerhalb der Netzwerke zur koordinierten Versorgung zu einer Mengenausweitung kommen könnte, so dass kein Kostendämpfungseffekt eintrete. H+ fordert zudem, dass die Rolle der Spitäler bei der Koordination der Versorgung im ambulanten Bereich gestärkt werden müsse. Die FMH und der SVBG wiederum fordern eine finanzielle Abgeltung der Koordinationsleistungen für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer.

Die übrigen Akteure GDK, pro-salute.ch, Spitex Schweiz, ARTISET und pharmasuisse teilen die Ansicht, dass – ergänzend zu den laufenden Revisionen – Massnahmen im Bereich der Organisation der Gesundheitsversorgung (insbesondere im ambulanten Bereich) notwendig sind («Ansatz Versorgungsmodell», vgl. dazu Ziff. 4.) Dies insbesondere deshalb, da die Mehrheit der Versicherten derzeit sogenannte Gatekeeping-Modelle respektive Versicherungsprodukte, die hauptsächlich eine medizinische Triage und keine systematische und verbindliche Koordination der Versorgung beinhalten, bevorzugen. Zudem besteht – wie in Ziffer 4 ausgeführt – bei der Weiterentwicklung der AVM die Herausforderung, dass eine koordinierte, in-

terprofessionelle Versorgung aus einer Hand im Rahmen der heutigen Regelung nicht angeboten werden kann, da die Voraussetzungen für die Kostenübernahme gemäss KVG eingehalten werden müssen.

Allerdings gehen auch hier die Meinungen über das beste Vorgehen auseinander: GDK, pro-salute.ch, Spitex Schweiz und ARTISET unterstützen grundsätzlich den Vorschlag des Bundesrates, die verbindliche Koordination zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen in der ambulanten Gesundheitsversorgung durch den neuen Leistungserbringer «Netzwerk zur koordinierten Versorgung» zu stärken. Mit den in Ziffer 5 vorgeschlagenen Anpassungen am Gesetzestext sind aus ihrer Sicht die Mängel des Vorschlags des Bundesrates bezüglich Rolle der nicht-ärztlichen Leistungserbringer sowie der Kantone behoben. Pharmasuisse steht dem vorliegenden Vorschlag zur Ausgestaltung des neuen Versorgungsmodells kritisch gegenüber und plädiert für eine flexiblere Ausgestaltung bzw. für freiwillige, d.h. nicht gesetzlich geregelte Massnahmen wie z.B. einfache, aber verbindliche Zusammenarbeitsverträge.

1 Auftrag und Ausgangslage

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) hat am 10. und 11. November 2022 die Beratung des zweiten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung (22.062) aufgenommen. Zuvor fand am 20. Oktober 2022 eine Anhörung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), aller wichtigen Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Pharmaindustrie, der Patientenorganisationen statt. In diesem Rahmen zeigte sich, dass der vom Bundesrat vorgeschlagene Ansatz zur Förderung von «Netzwerken zur koordinierten Versorgung» bei vielen Akteuren auf Ablehnung stösst. Deshalb erteilte die SGK-N der Verwaltung am 11. November 2022 den Auftrag, an einem Runden Tisch mit den betroffenen Akteuren und den Kantonen eine zukunftsfähige Lösung zu erarbeiten und der Kommission in einem Zusatzbericht zur Kenntnis zu bringen sowie die erforderlichen Gesetzesbestimmungen vorzuschlagen.

Die Diskussionen am runden Tisch fanden am 20. Januar 2023, am 17. Februar 2023 und am 17. März 2023 statt.

2 Ziel: Förderung der koordinierten Versorgung

In seiner Botschaft vom 7. September 2022 ([BB1 2022 2427](#)) hat der Bundesrat die Notwendigkeit, die koordinierte Versorgung zu fördern und seinen Vorschlag unter anderem wie folgt begründet: «Die gezielte Förderung der koordinierten Versorgung soll die Bedarfsgerechtigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Behandlung verbessern und bestehende Versorgungsmängel wie Über-, Unter- und Fehlversorgung im schweizerischen Gesundheitssystem abbauen.»

Die koordinierte Versorgung ist insbesondere im Hinblick auf die demografische Entwicklung relevant: In Zukunft wird es in der Schweiz mehr ältere Menschen und mehr Menschen mit mehrfachen chronischen Krankheiten geben, die mehr Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen als die durchschnittliche Bevölkerung. Insbesondere bei chronisch kranken und oft multimorbiden Patientinnen und Patienten ist eine koordinierte, gut abgestimmte Versorgung wichtig, da meistens mehrere Ärztinnen und Ärzte, andere Gesundheitsfachpersonen, Spitäler und Institutionen involviert sind. Damit die Qualität der Versorgung bei so vielen Beteiligten gesichert werden kann, müssen die Schnittstellen und Übergänge besser organisiert, Doppelspurigkeiten erkannt und unnötige Leistungen vermieden werden.

Eine gut koordinierte Versorgung kann aber auch bei jüngeren Patientinnen und Patienten mit schweren und/oder komplexen Erkrankungen wie einer Krebserkrankung oder einer seltenen Krankheit für die Behandlungsqualität wie auch die Krankheitsbewältigung von grosser Bedeutung sein.

Durch eine gute Koordination der verschiedenen Leistungen und Leistungserbringer kann die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Untersuchung und der Behandlung über die ganze oder über weite Teile der Versorgungskette verbessert werden. Dazu braucht es einen verbindlichen Zusammenschluss oder eine verbindliche Zusammenarbeit von Gesundheitsfachpersonen unterschiedlicher Berufe, um eine koordinierte, interprofessionelle, den Patientenbedürfnissen entsprechende medizinische und pflegerische Behandlung über die ganze Versorgungskette hinweg anzubieten.

Unter koordinierter Versorgung werden Versorgungsmodelle verstanden, die sich durch die strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer und Professionen über den ganzen Behandlungspfad auszeichnen. Eine Bezugsperson dient den Patientinnen und Patienten als Behandlungskordinatorin und erste Ansprechpartnerin. Weitere zentrale Elemente sind eine elektronische Krankengeschichte mit Zugriffsmöglichkeit für alle beteiligten Gesundheitsfachpersonen sowie standardisierte Protokolle und Behandlungspfade, welche eine strukturierte Entscheidungsfindung ermöglichen sollen (vgl. dazu z.B. GDK 2019 «Impulse für die integrierte Versorgung. Ein Leitfaden»).

Die Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan aus dem Jahr 2017 zeigt, dass sich in den letzten Jahren zwar in der Schweiz eine Vielzahl von konkreten Initiativen und Projekten zur Verbesserung der Koordination der Versorgung entwickelt haben (Soins intégrés en Suisse, Obsan Dossier 57, 2017). Allerdings handelt es sich dabei meist um eher punktuelle bzw. regional beschränkte Initiativen und Projekte. Es stellt sich somit die Frage, mit welchen Massnahmen eine flächendeckende Verbesserung der Koordination der Versorgung erreicht werden kann. Dabei stellt sich die Frage der besseren Zusammenarbeit nicht nur an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, sondern auch innerhalb der ambulanten Versorgung selbst.

3 Ansatz «Alternatives Versicherungsmodell (AVM)»

Am ersten Runden Tisch vom 20. Januar 2023 standen entsprechend dem Auftrag der SGK-N das Verhältnis und die Abgrenzung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung zu den heutigen besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers im Fokus der Diskussion. In der Praxis wird dabei meist von alternativen Versicherungsmodellen (AVM) gesprochen.

3.1 Wenige gesetzliche Vorgaben zu besonderen Versicherungsformen

Artikel 62 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) definiert drei Arten von besonderen Versicherungsformen: die Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (nachfolgend AVM) in Absatz 1 und 3, die Versicherung mit Wahlfranchise (Abs. 2a) sowie die Bonusversicherung (Abs. 2b). Die wählbaren Franchisen sind in Artikel 93 Absatz 4 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) festgelegt.

Im KVG und in der KVV bestehen bewusst wenige Anforderungen an die Ausgestaltung der AVM. Damit sollen den Versicherern und den Leistungserbringern möglichst grosse Freiheiten gelassen und Innovationen gefördert werden. Dementsprechend gross ist auch die Vielfalt bei den über 160 AVM, die heute auf dem Markt sind. Sie reichen von der Vorgabe einer oder mehrerer erster Anlaufstellen über Telefonmodelle, die den Behandlungspfad vorbestimmen,

die Arztwahl aber freilassen bis hin zu AVM mit vielen Einschränkungen (z.B. vordefinierte Ärztinnen/Ärzte oder Ärztenetzwerke mit oder ohne Vertrag, verbindlich vorgegebener Behandlungspfad usw.). Auch Kombinationen davon sind möglich. Zudem können weitere Komponenten in AVM ganz unterschiedlich geregelt werden, z.B. die Verpflichtung zu Generika, den Medikamentenbezug in bestimmten Apotheken, die eingeschränkte Wahl von Spezialisten, die Abwicklung der Versicherung via Apps oder Kundenportale oder Sanktionsbestimmungen bei Nichteinhalten der Versicherungsbedingungen. Gemäss Artikel 99 Absatz 2 KVV kann zudem auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise ganz oder teilweise verzichtet werden.

Wenn ein Versicherer ein neues AVM auf den Markt bringen möchte, muss er zuvor die Versicherungsbedingungen der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung einreichen. Verträge zwischen Versicherer und Leistungserbringer sind jedoch nicht Teil des bewilligungspflichtigen Geschäftsplans. Diese werden im Rahmen der Vertragsautonomie zwischen den Parteien frei abgeschlossen und regeln zusätzlich zu den oben erwähnten Leistungszugängen die Qualitätsentwicklung und die finanzielle Mitverantwortung. Die rechtlichen Rahmenbedingungen (bspw. Gleichbehandlungsgebot, Leistungskatalog oder tarifvertragliche Elemente) sind dabei zu respektieren.

Versicherungsprodukte mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer sind (wie die anderen besonderen Versicherungsformen auch) keine besonderen Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers. Bei der Festsetzung der Prämien hat der Versicherer die Verwaltungskosten und allfällige Rückversicherungsprämien einzurechnen und darauf zu achten, dass die Versicherten mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im versicherungstechnischen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen (Art. 101 Abs. 1 KVV). Dies wird im Rahmen der Prämiengenehmigung durch die Aufsichtsbehörde überprüft.

Die Versicherten erhalten für die Wahl eines AVM einen Prämienrabatt. Artikel 101 Absatz 2 KVV definiert, wie hoch dieser maximal sein darf. Die Rabatte für ein AVM beruhen auf den tatsächlichen, durch die eingegangenen Einschränkungen erzielten Einsparungen. Um diese zu ermitteln, wird zuerst eine Risikobereinigung des Bestandes der Basisversicherung (Versicherung mit freier Arztwahl und ordentlicher Franchise) vorgenommen, da AVM häufiger von gesünderen Versicherten gewählt werden. Diesem risikobereinigten Bestand wird das Kollektiv des AVM gegenübergestellt und der maximal zulässige Rabatt ermittelt. Um Zufallsschwankungen möglichst auszuschliessen und aussagekräftigere Berechnungen machen zu können werden mindestens fünf Rechnungsjahre betrachtet¹. Somit wird sichergestellt, dass alle Versicherten zu Reserven und Risikoausgleich beitragen und einzelne Versichertengruppen nicht bevorteilt oder benachteiligt werden.

Die Versicherer verfügen über grossen Spielraum bei der Prämiengestaltung für die verschiedenen AVM. Sie können den Rabatt z.B. nach Merkmalen wie Altersgruppen (Kinder, junge Erwachsene im Alter von 19 bis 25 Jahren, Erwachsene), Kanton, Prämienregion, Franchise, etc. differenzieren, solange der Maximalrabatt im Durchschnitt eingehalten wird.

3.2 AVM werden immer beliebter

Die AVM sind ein Erfolgsmodell, haben sich in den letzten Jahren durchgesetzt und werden rege genutzt. Der Anteil nimmt weiter zu.

¹ Weitere Erläuterungen siehe: «Kosteneinsparungen und Risikoselektion bei Modellen der Krankenversicherung» in Soziale Sicherheit CHSS 3/2013, Seite 154 ff; <https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/themenuebergreifend/publikationen/CHSS/chss-03-2013.pdf.download.pdf/de-03-2013.pdf>

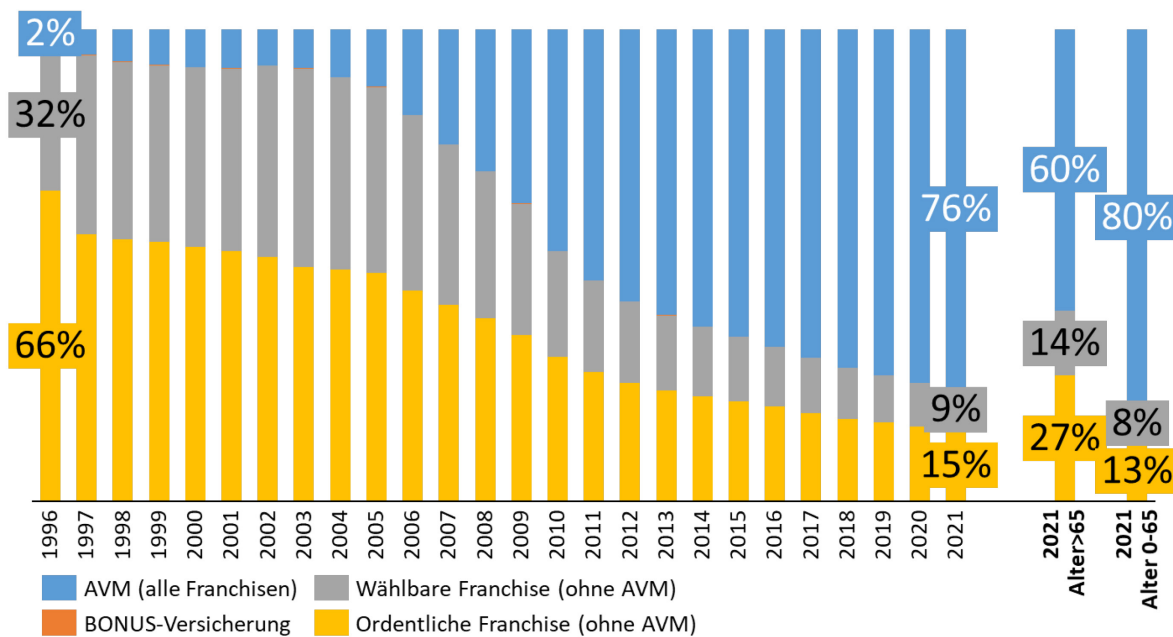


Abbildung 1: Anteil der verschiedenen Versicherungsformen zwischen 1996 und 2021 (Quelle: KVG-Statistik 2021, Tabelle 7.07, EFIND)

2021 haben sich 76 Prozent aller Versicherten (6,6 Mio. Versicherte) für ein AVM entschieden, 9 Prozent (0,75 Mio. Versicherte) nutzen Wahlfranchisen und 15 Prozent (1,3 Mio. Versicherte) sind noch im Basismodell versichert. Die Bonusversicherung wird von den Versicherten kaum gewählt und von den Versicherungen kaum angeboten.

Wenn man das etwas differenziert betrachtet, gibt es jedoch einige Unterschiede in der Nutzung von AVM in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen: So wählen Versicherte über 65 Jahre rund doppelt so häufig die Basisversicherung verglichen mit der Altersgruppe der unter 65-jährigen. Ganz allgemein lässt sich aufgrund der Daten und Analysen des BAG folgendes feststellen:

- In den letzten Jahren konnte auch bei älteren Versicherten ein wachsender Anteil an AVM beobachtet werden. Dennoch gilt: Je älter eine Person ist, umso weniger oft schliesst sie ein AVM ab.
- Versicherte mit einer hohen Franchise wählen öfter ein AVM als Versicherte mit tiefen Franchisen.
- Versicherte mit hohen Kosten sind weniger häufig in einem AVM versichert.
- Versicherte, die bestimmte Arzneimittel beziehen (mit einem PCG-Indikator im Risikoausgleich²), wählen rund halb so oft ein AVM (unabhängig von den Kosten).
- Versicherte mit einem Spitalaufenthalt im Vorjahr entscheiden sich rund halb so oft für ein AVM wie die Vergleichsgruppe.

Genau bei den Personen, deren Gesundheitszustand potenziell hohe Kosten und einen hohen Koordinationsbedarf zwischen den Leistungserbringern verursacht, sind AVM also weniger verbreitet resp. stossen offenbar an Grenzen bezüglich Akzeptanz, wobei die genauen Gründe für die tiefere Zustimmung bislang in keiner Studie untersucht worden sind. Eine mögliche

² Im Risikoausgleich wird der Medikamentenbezug nach pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) gruppiert. Mit diesem Indikator werden vor allem chronisch Kranke im Risikoausgleich berücksichtigt.

Erklärung ist gemäss mfe Hausärzte Schweiz, dass die AVM bislang – u.a. als Folge des in der Vergangenheit ungenügenden Risikoausgleichs – insbesondere als Sparmodelle vermarktet und qualitative Aspekte wie bessere Koordination und Behandlungsqualität zu wenig in den Vordergrund gerückt worden seien. Für Hplus sind verschiedene Erklärungen denkbar. Beispielsweise seien chronisch Kranke über ihre Erkrankung(en) in der Regel bestens informiert und haben die Fachperson ihres Vertrauens bereits gefunden. Für das Schweizerische Konsumentenforum ist auch die Zurückhaltung der Leistungserbringer bei der Information der Patientinnen und Patienten über gute Versicherungsmodelle ein möglicher Erklärungsansatz.

Für curafutura, FMH, medswiss.net und SVBG lässt sich aufgrund des tieferen Anteils an AVM nicht darauf schliessen, dass die Behandlung dieser Personen, schlechter koordiniert wird. Eine direkte Kausalbeziehung zwischen der AVM-Wahl und der koordinierten Behandlung besteht nicht. Denn diese Personen könnten durch den Zugang zum Arzt oder der Ärztin ihres Vertrauens eine genauso gute und koordinierte Behandlung erhalten.

3.3 Einsparungen von AVM liegen im Durchschnitt bei 14 Prozent

Durchschnittlich werden mit AVM über alle Versicherer rund 14% eingespart³, zwischen den verschiedenen AVM gibt es grössere Unterschiede. So sind auch Rabatte über 20% möglich. Generell lässt sich aus den Daten jedoch nicht schliessen, dass eine Kategorie von AVM (z.B. Telefonmodell, Hausarztmodelle oder HMO-Modelle) grössere oder kleinere Einsparungen bringt.

Die Versicherer nutzen ihren Spielraum in der Prämiengestaltung, schöpfen den Rahmen aber mehrheitlich nicht vollständig aus. Der maximal erlaubte Modellrabatt wurde schweizweit betrachtet in weniger als 20% der AVM vollständig oder nahezu vollständig ausgeschöpft. Ein Grund dafür mag das Bedürfnis sein, eine stabile Prämienentwicklung sicherzustellen. Denn der Maximalrabatt kann sich von Jahr zu Jahr verändern. Wenn der Versicherer den Rabatt maximal ausschöpft, muss er damit rechnen, im kommenden Jahr den Rabatt wieder zu reduzieren, was einen Prämienaufschlag bewirkt. Zudem ist darauf zu achten, dass die Versicherten mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im versicherungstechnischen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

Auch bei neuen AVM dürfen nur tatsächlich durch die Einschränkungen erzielte Kosteneinsparungen als Rabatt weitergegeben werden. Liegen keine genaueren Nachweise oder Vergleiche vor (z.B. mit einem bestehenden AVM, auf dem man aufbaut), wird ein Maximalrabatt von 14%, also dem Durchschnitt über alle AVM auf dem Markt, festgelegt. Fast alle AVM-Versicherten (97%) sind jedoch in einem AVM, welches schon länger besteht und über mindestens fünf Erfahrungsjahre verfügt. Im Durchschnitt der Jahre 2014 bis 2022 wurden jährlich 6 AVM neu eingeführt und die grosse Mehrheit, der in dieser Zeitspanne neu eingeführten AVM, wird auch weiterhin angeboten.

3.4 Vorschläge der Akteure zur Weiterentwicklung der AVM

Am ersten runden Tisch zeigte sich ein Konsens unter den Teilnehmenden, dass AVM ein Erfolgsmodell sind. Grundsätzlich war man sich auch einig, dass sich die AVM dank verschiedenen bereits gemachten und bevorstehenden Revisionen weiterentwickeln und verbreiten werden. Dabei wurde insbesondere auf die positiven Effekte der in den letzten Jahren gemachten Verfeinerung des Risikoausgleichs und die zu erwartenden positiven Effekte der laufenden Revision der Finanzierung (Einheitliche Finanzierung aller Leistungen) auf die Förderung der AVM betont.

³ Basis: Nachweis Kostenunterschiede gemäss [Kreisschreiben 5.3](#) für das Jahr 2021.

Gleichzeitig wurden von einzelnen Akteuren auch zusätzliche regulatorische Entwicklungsmöglichkeiten der AVM skizziert, die jedoch langfristig und unabhängig vom Kostendämpfungsmassnahmenpaket 2 geprüft werden sollen:

Einzelne Akteure brachten in die Diskussion ein, dass auf lange Sicht neue Ansätze zur Modellrabattermittlung evaluiert werden müssen, da der Versichertenbestand in der Basisversicherung rückläufig ist. 2021 haben sich noch über 1,3 Mio. Versicherte für die Basisversicherung entschieden, weitere 0,75 Mio. Versicherte haben eine Wahlfranchise gewählt. Das Vergleichskollektiv ist somit aus statistischer Sicht auch bei einem weiter rückläufigen Bestand in der Basisversicherung genügend gross, zumal 5 Rechnungsjahre betrachtet werden. Da die Basisversicherung in Gesetz und Verordnung oft als Ankerpunkt fungiert (z.B. für den Prämienregionenrabatt oder den Rabatt bei Ausschluss der Unfalldeckung), würde ein Wechsel umfangreiche Änderungen in Gesetz und Verordnung bedingen.

Eine weitere Entwicklungsmöglichkeit ist, dass Versicherte, welche sich für ein AVM entscheiden, längerfristig an die eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers gebunden werden. Im Gegensatz zu einem klassischen Mehrjahresvertrag, bei welchem die Versicherten – auch bei stark steigenden Prämien – an den Krankenversicherer gebunden würden, blieben die Versicherten in AVM lediglich eine gewisse Zeit an die besondere Versicherungsform gebunden. Sie könnten mithin beispielsweise bei steigenden Prämien den Versicherer nach den bestehenden gesetzlichen Regeln wechseln, müssten jedoch weiterhin eine eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers – wenn auch nach den Regeln des neuen Versicherers – in Kauf nehmen. Dazu wäre eine Änderung des KVG und der KVV notwendig, welche unabhängig von der vorliegenden Vorlage weiterverfolgt werden kann.

Schliesslich wurde seitens mehrerer Organisationen eingebracht, dass im Bereich der Datennutzung und -bearbeitung im Zusammenhang mit AVM Entwicklungsmöglichkeiten bestehen. Konkret werden aktuell verschiedene Möglichkeiten geprüft, wie die gesetzlichen Voraussetzungen in Artikel 84 KVG und weiteren Artikeln geschaffen werden können, damit bestimmte Personengruppen gestützt auf Leistungsdaten gezielt auf kostensenkende Massnahmen hingewiesen werden können (z.B. individuelle Hinweise auf für die versicherte Person passende AVM, auf Generika oder auf Biosimilars).

4 Ansatz Versorgungsmodell

4.1 Rollen der verschiedenen Leistungserbringer

Am zweiten runden Tisch vom 17. Februar 2023 wurden einige der allgemeinen Grundsätze des KVG in Erinnerung gerufen und die Scharnierrolle der Ärztin bzw. des Arztes erläutert.

Bei den zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Leistungserbringern kann zwischen solchen unterschieden werden, die direkt zu Lasten der OKP tätig sein können (z.B. ÄrztInnen, ChiropraktikerInnen, Hebammen, Spitäler, zukünftig teilweise auch Pflegefachpersonen), und solchen, die ihre Leistungen nur auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbringen können (z.B. PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen und die Organisationen, die sie beschäftigen).

Im gegenwärtigen KVG-System nehmen die Ärztinnen und Ärzte eine Schlüsselrolle ein. Sie stellen die Krankheitsdiagnose und ermöglichen in der Folge durch ihre ärztlichen Anordnungen den Zugang des Patienten oder der Patientin zu Pflege- und Therapieleistungen der übrigen zugelassenen Leistungserbringer.

Auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, insbesondere in der ärztlichen Grundversorgung, nimmt die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit stetig zu. Sie muss sich jedoch um einen zentralen Punkt drehen können, der die Koordination des gesamten Behandlungsprozesses ermöglicht.

Im ambulanten Bereich verfügt jede Berufsgruppe von Gesundheitsfachpersonen bzw. ihre Organisation über spezifische Zulassungsvoraussetzungen. Daraus folgt auch eine klare organisatorische Trennung zwischen den Gesundheitsberufen. Es kann im ambulanten Bereich denn auch keine Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen zwischen den verschiedenen Berufen geben, die für die Abrechnung zu Lasten der OKP nutzbar wären. So kann z.B. weder ein Arzt eine Physiotherapeutin noch ein Physiotherapeut eine Pflegefachperson einstellen und deren Leistungen abrechnen. Somit fallen Personen, die einer Berufsgruppe gemäss Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG angehören und auf ärztliche Anordnung Leistungen zulasten der OKP erbringen können, nicht unter die die vom Bundesgericht unter dem Begriff der «angestellten nichtärztlichen Medizinalpersonen» zusammengefasst Berufsgruppen⁴. Deren Leistungen können folglich nicht als ärztliche Leistungen einem Arzt oder einer Ärztin zugerechnet und in dessen oder deren Namen der OKP in Rechnung gestellt werden. Im ambulanten Bereich gibt es aktuell somit keine Möglichkeit, in einem interprofessionellen Behandlungsteam mit klar definierten Verantwortlichkeiten zusammenzuarbeiten und gegenüber der OKP als ein Leistungserbringer aufzutreten.

Auch AVM müssen sich an den vom KVG vorgegebenen Rahmen halten. Die verschiedenen Organisationen, die in diesen Modellen eingebunden sind, können nur eine Zusammenarbeit auf freiwilliger bzw. vertraglicher Basis vorsehen, bei der jeder Leistungserbringer für sich selbst abrechnet.

Darüber hinaus dürfen die Leistungserbringer auch keine anderen Personen, die keine KVG-Leistungen erbringen und nicht als zugelassene Leistungserbringer anerkannt sind, wie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Sporttherapeutinnen und -therapeuten, anstellen und deren Leistungen in Rechnung stellen.

Mit dem neuen Leistungserbringer «Netzwerk zur koordinierten Versorgung» soll für den ambulanten Bereich eine Organisationsform geschaffen werden, die eine verbindliche, effiziente und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachpersonen in einem Umfeld ermöglicht, das die Entwicklung klarer Prozesse unter bestmöglicher Berücksichtigung der Kompetenzen jedes Einzelnen fördert.

Der Gesetzesentwurf gibt nur sehr wenige Hinweise darauf, wie ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung organisiert sein muss. Daher können nichtärztliche Gesundheitsfachpersonen in einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung eine zentrale Rolle einnehmen, insbesondere bei der Koordination – die von den Teilnehmenden des runden Tisches oft erwähnte «Zusammenarbeit auf Augenhöhe» wird dadurch möglich. Die Diagnosestellung wie auch die Anordnung weiterer therapeutischer oder pflegerischer Massnahmen bleibt jedoch dem Arzt oder der Ärztin vorbehalten.

Der Gesetzesentwurf ermöglicht eine Öffnung des KVG-Systems für den ambulanten Bereich, indem er eine Organisationsform vorsieht, die über einen klaren gesetzlichen Rahmen verfügt und dadurch eine gewisse landesweite Einheitlichkeit gewährleistet. Die Voraussetzungen für die Kostenübernahme, der Umfang der Leistungen wie auch die im KVG als Leistungserbringer anerkannten Berufsgruppen bleiben unverändert. Die Erstattung der Leistungen erfolgt nach dem bekannten System, entweder nach bereits geltenden Tarifen oder nach neu vereinbarten

⁴ [Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-7498/2008 vom 31. August 2012, E. 7.7.1.](#)

Tarifverträgen. Die verschiedenen Tarifformen (Einzeltarif, Zeittarif, Pauschaltarif oder Mischformen) stehen dazu zur Verfügung.

4.2 Tarifierung der Koordinationsleistungen

Da die Koordinationsleistungen keine direkte Tätigkeit am Patienten oder an der Patientin darstellen, werden sie im KVG nicht ausdrücklich erwähnt. Als Koordinationsleistungen können indessen alle Tätigkeiten angesehen werden, die von den Leistungserbringern erbracht werden, um den Behandlungsprozess eines Patienten oder einer Patientin gemeinsam festzulegen und zu koordinieren.

Die Koordinationsleistungen sind Teil der Routinearbeit der Leistungserbringer und werden bereits in den bestehenden Tarifen vergütet, so ist es für Ärztinnen und Ärzte möglich, bestimmte Koordinationsleistungen mit den im TARMED vorgesehenen Positionen für «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abzurechnen. Eine Ausnahme stellt der Pflegebereich dar, da hier die Koordination bei komplexen Fällen Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV, SR 832.112.31) ausdrücklich als Leistung vorgesehen ist.

Die Art und die Höhe der Vergütung von Koordinationsleistungen hängen mit dem Aufwand zusammen, den sie verursachen. Um in allen Fällen eine gute Koordination gewährleisten zu können, muss der zusätzliche Arbeitsaufwand bei der Koordination komplexer Fälle berücksichtigt und entsprechend abgegolten werden können.

In sehr komplexen Fällen kann diese Vergütung kaum auf detaillierten Leistungen basieren, da die Schwankungen von Fall zu Fall erheblich sein können sein. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung sollen deshalb nach Artikel 48a E-KVG mit den Versicherern oder deren Verbänden Verträge abschliessen können, die die Finanzierung des Zusatzaufwandes aufgrund der Koordination komplexer Fälle regeln. Die Vergütung dieses Zusatzaufwandes für die Koordination ist dann gerechtfertigt, wenn die Koordination darüber hinausgeht, was normalerweise von den Leistungserbringern erwartet werden darf. In der Wahl der geeigneten Form der Vergütung sind die Vertragspartner dabei frei. Bei den Verträgen nach Artikel 48a E-KVG handelt es sich nicht um Tarifverträge im eigentlichen Sinne.

4.3 Versorgungsmodell ohne neue Leistungserbringer: Möglichkeiten und Grenzen

Alle Leistungserbringer könnten untereinander Vereinbarungen über die Zusammenarbeit vorsehen, um eine gute Koordination zu gewährleisten. Das KVG steht dem nicht entgegen, solange zwischen den Leistungserbringern der verschiedenen Gesundheitsberufe kein Über- und Unterordnungsverhältnis besteht (vgl. Ziff. 4.1). In jedem Fall stellt jeder Leistungserbringer die von ihm erbrachten Leistungen selbst in Rechnung und muss gegebenenfalls zusätzliche Kosten, die durch komplexe Fälle entstehen, nachweisen.

Was die Koordinationsarbeit betrifft, so können die Tarifpartner im bestehenden rechtlichen Rahmen entscheiden, wie sie den Koordinationsaufwand in den Tarifen abbilden wollen – dies gilt auch für die Tarife der nicht-ärztlichen Leistungserbringer (zur Regelung der Koordinationsleistungen in der Pflege siehe Ziff. 4.2). Sei es als Leistungsbestandteil oder als explizite Tarifposition. Im zweiten Fall müsste sichergestellt werden, dass die Koordination von den verschiedenen an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern nicht doppelt oder sogar mehrfach für denselben Patienten oder dieselbe Patientin in Rechnung gestellt wird. Es kann auch schwierig sein, zu definieren, welche Arbeiten mit welchem Betrag vergütet werden können, da die Fälle je nach den Besonderheiten jedes einzelnen Patienten oder der einzelnen Patientin sehr unterschiedlich sein können.

Obwohl, wie bereits erwähnt, eine Koordination zwischen den Leistungserbringern bereits heute stattfinden kann und auch sollte, wird sie in vielen Fällen nicht oder zumindest nicht

ausreichend erbracht. Ohne die Schaffung eines neuen Versorgungsmodells für den ambulanten Bereich zur Entwicklung der Koordination wird die Interprofessionalität, insbesondere im Sinne einer angemessenen Berücksichtigung der Kompetenzen jedes Einzelnen, erschwert und damit auch die Koordination.

Auch die Zusammenarbeit mit den stationären Versorgungsstrukturen ist ohne eine geeignete Organisationsform, welche die verschiedenen Leistungserbringer im ambulanten Bereich zusammenführt, wesentlich komplizierter. Es besteht die Gefahr, dass jeder Leistungserbringer, wenn er es für nötig hält, mit dem entsprechenden stationären Leistungserbringer in Kontakt treten muss.

Das KVG verhindert in seiner aktuellen Ausgestaltung die Entwicklung von Koordination und Interprofessionalität zwar nicht, fördert diese aber auch nicht. Dies insbesondere deshalb, weil die aktuell für den ambulanten Bereich geltenden Zulassungsregeln es den verschiedenen Berufsgruppen nicht erlauben, sich zu einem interprofessionellen Team zusammenzuschliessen, um gemeinsam effiziente, zweckmässige und wirtschaftliche ambulante Behandlungsprozesse zu entwickeln und aus einer Hand anzubieten.

Diese vom KVG vorgegebenen Grenzen können auch durch AVM nicht überwunden werden.

4.4 Rolle der Kantone

Gemäss geltendem Recht sind die Kantone sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich für die Zulassung aller Leistungserbringer zuständig. Sie müssen somit natürlich auch die Netzwerke zur koordinierten Versorgung zulassen. Wie in einer stationären Einrichtung müssen die dem Netzwerk zur koordinierten Versorgung angeschlossenen Gesundheitsfachpersonen aber nicht auch noch über eine eigene Zulassung verfügen.

Im stationären Bereich (Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime) – und ab dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (BB1 2022 3205) auch für Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause – ist zudem ein Leistungsauftrag notwendig.

Der Bundesrat hatte deshalb auch für die Zulassung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung einen kantonalen Leistungsauftrag vorgeschlagen. Damit sollte einerseits vermieden werden, dass Netzwerke ohne ausreichende Koordinationsbemühungen entstehen. Andererseits sollte dadurch auch das Risiko einer Mengenausweitung bzw. einer Überbehandlung durch das Netzwerk zur koordinierten Versorgung reduziert werden.

Aufgrund der kritischen Rückmeldungen auch der Befürworter des neuen Leistungserbringers Netzwerke zur koordinierten Versorgung schlägt das BAG – wie in Ziffer 5 dargestellt – vor, dass diese Zulassungsvoraussetzung gestrichen wird. Eine «kann-Formulierung» ist nicht möglich, da dies zu kantonal unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen führen würde.

4.5 Massnahmen zur Steigerung der Attraktivität

Das Netzwerk zur koordinierten Versorgung erbringt – anders als die bestehenden Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n KVG – nicht nur ärztliche, sondern auch pflegerische und therapeutische Leistungen. Es besteht somit aus einem interprofessionellen und interdisziplinären Behandlungsteam. Verschiedene Befragungen zeigen, dass gerade junge Gesundheitsfachpersonen, welche auch schon während ihrer Ausbildung interprofessionell und interdisziplinär gearbeitet haben, diese Form der Zusammenarbeit und die ganzheitliche Betrachtungsweise des Patienten bzw. der Patientin schätzen.

Netzwerke zur koordinierten Versorgung können somit als interprofessionelle Weiterentwicklung der schon bestehenden Ärztenetzwerke verstanden werden. Dabei kann das Netzwerk zur koordinierten Versorgung als Einrichtung «unter einem Dach» oder als regionales Netzwerk ausgestaltet werden. Sie ermöglichen eine bessere Aufteilung der Arbeit zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsfachpersonen, da die Möglichkeit besteht, sich innerhalb des Netzwerkes zur koordinierten Versorgung in Abhängigkeit der vorhandenen Fachbereiche und Kompetenzen flexibel zu organisieren. Somit können die Netzwerke auch einen Beitrag gegen den Fachkräftemangel leisten, da mit einem interprofessionellen Behandlungsteam dem Hausärztemangel der kommenden Jahre begegnet werden kann.

5 Angepasster Gesetzestext

Auf der Basis der Diskussionen an den runden Tischen sowie den von den Teilnehmenden erhaltenen Rückmeldungen, hat das BAG einen Vorschlag für eine stark vereinfachte Fassung von Artikel 37a E-KVG erarbeitet und mit den Teilnehmenden am dritten runden Tisch vom 17. März 2023 diskutiert. Dies vor dem Hintergrund, dass auch diejenigen, die einen gesetzlichen Bedarf sehen, sich für eine vereinfachte und angepasste Fassung ausgesprochen haben. Dieser Vorschlag stellt jedoch nicht die von der Kommission geforderte mehrheitsfähige Lösung dar, da – wie im Fazit zu Beginn des Berichts ausgeführt – eine Mehrheit der am runden Tisch teilnehmenden Organisationen die gesetzliche Verankerung eines neuen Leistungserbringers grundsätzlich ablehnt.

Mit dieser neuen Formulierung soll – wie von der Kommission gefordert – eine grösstmögliche Flexibilität in Bezug auf die Zusammensetzung der Leistungserbringer im Netzwerk und der Leitung des Netzwerks ermöglicht werden.

In der Folge enthält die neue Fassung von Artikel 37a E-KVG keine Anforderungen mehr an die Zusammensetzung der Leitung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung (ehemaliger Buchstabe a). Die Anforderungen betreffend das notwendige Personal werden jedoch beibehalten (Art. 37a Abs. 1 Bst. a und b) – sie orientiert sich an den in Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a und b KVG aufgeführten Vorgaben an das Personal von Spitälern und anderen Einrichtungen. Die medizinische Verantwortung muss jedoch immer bei einem Arzt oder einer Ärztin liegen, wie dies heute in den Spitälern der Fall ist. Zudem ist der in Buchstabe a aufgeführte Verweis auf Artikel 37 Absatz 1 KVG insofern relevant, als dass die besonderen Zulassungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte auch für die in den Netzwerken zur koordinierten Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten gelten müssen.

Gestrichen wurde zudem die bislang in Artikel 37a Absatz 2 festgelegte Kompetenz des Bundesrates, die Mindestanforderungen an die Verträge zwischen den Netzwerken zur koordinierten Versorgung und weiteren Leistungserbringern festzulegen.

Wie bereits in Ziffer 4.4 ausgeführt, soll zudem darauf verzichtet werden, dass ein kantonaler Leistungsauftrag eine Zulassungsvoraussetzung darstellt (Streichung von Abs. 1 Bst. h sowie Abs. 3). Dies hat auch eine Anpassung von Artikel 48a E-KVG zur Folge (Streichung von Abs. 2).

Der besseren Übersichtlichkeit wegen wird dieser im Änderungsmodus dargestellt.

Art. 37a Netzwerke zur koordinierten Versorgung: besondere Voraussetzungen

¹ Netzwerke zur koordinierten Versorgung müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a. ~~Sie werden von einem Arzt oder einer Ärztin geleitet, der oder die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllt. Sie verfügen über eine ausreichende Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllen.~~
- b. Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal.
- ~~b.c.~~ Sie erbringen Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert.
- ~~e.d.~~ Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt in Bezug auf Ort und Zeit der Eingriffe, in Bezug auf die erbrachten Leistungen und in Bezug auf die Patienten und Patientinnen, denen die Leistungen zukommen, beschränkt.
- ~~d.~~ ~~Sie verfügen über eine ausreichende Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllen.~~
- ~~e.~~ ~~Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal.~~
- ~~f.e.~~ Sie stellen die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette hinweg sicher.
- ~~g.f.~~ Sie sind einer zertifizierten Gemeinschaft oder einer zertifizierten Stammgemeinschaft nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier angeschlossen.
- ~~h.~~ ~~Sie verfügen über einen kantonalen Leistungsauftrag.~~

² Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung schliessen mit weiteren Leistungserbringern Verträge ab, die insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Koordination regeln. ~~Der Bundesrat kann die Mindestanforderungen an die Verträge festlegen.~~

³ ~~Der Kanton legt im Leistungsauftrag nach Absatz 1 Buchstabe h insbesondere die vom Netzwerk zu erbringenden Leistungen sowie den zeitlichen und örtlichen Tätigkeitsbereich fest. Umfasst der Tätigkeitsbereich des Netzwerks mehr als einen Kanton, so sprechen sich die betreffenden Kantone ab und legen einen gemeinsamen Leistungsauftrag fest.~~

Art. 48a Verträge über die Finanzierung der Zusatzkosten in Netzwerken zur koordinierten Versorgung

¹ Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung schliessen mit den Versicherern oder deren Verbänden Verträge ab, die die Finanzierung der Zusatzkosten aufgrund der Koordination komplexer Fälle regeln.

² ~~Die Verträge müssen den Umfang der kantonalen Leistungsaufträge berücksichtigen.~~

³² Artikel 46 Absatz 4 gilt für diese Verträge nicht.

⁴³ Der Bundesrat kann die Mindestanforderungen an die Verträge festlegen.

6 Vergütung von effizienz- und qualitätssteigenden Massnahmen im Rahmen des KVG

Die Kommission hat zusätzlich die Verwaltung beauftragt, *eine Möglichkeit vorzuschlagen, wie interprofessionelle Tätigkeiten von Leistungserbringern, die nachweislich generell die Effizienz oder die Qualität der Versorgung verbessern und deshalb nicht tarifiert oder einem bestimmten Versicherten oder Versichertenkollektiv in Rechnung gestellt werden können, dauerhaft vergütet werden können.*

Bezüglich des Anliegens der Interprofessionalität, also der Abrechnung von Koordinationsleistungen, konnte die Ausgangslage bereits im Kapitel 4, insbesondere 4.3 ausführlich dargestellt werden. Was diese Koordinationsarbeit betrifft, so können die Tarifpartner im bestehenden rechtlichen Rahmen entscheiden, wie sie den Koordinationsaufwand in den Tarifen abbilden wollen, sei es als Leistungsbestandteil oder als explizite Tarifposition.

Daher wird nun im Folgenden vor allem noch auf den Aspekt der Abbildung der Qualität eingegangen: Nach der aktuellen Regelung des KVG gibt es verschiedene Vorgaben, die von den Leistungserbringern einzuhalten sind:

- Die Leistungserbringer haben sich in den Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor (Art. 56 KVG).
- Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden haben darüber hinaus darauf zu achten, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Art. 43 Abs. 6 KVG).
- Damit wird nicht nur Wirtschaftlichkeit bzw. Kostengünstigkeit, sondern auch die Qualität der Leistungen vorausgesetzt. Qualitativ hochstehende wie auch das Wirtschaftlichkeitsgebot einzuhaltende Leistungen sind daher durch die Leistungserbringer geschuldet. Diese Prämisse des KVG beinhaltet auch, dass die Qualität ausgewiesen und kontrolliert werden muss. Jeder Leistungserbringer ist deshalb verpflichtet, eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Leistung zu erbringen und sich diesbezüglich auch messen zu lassen.

Sie ist ein integraler Bestandteil ihrer Arbeit und kann als solcher bei der Berechnung der Tarife berücksichtigt werden. Eine separate Verrechnung ist daher nicht vorgesehen. Indessen gibt es bereits heute Möglichkeiten, Massnahmen zur Verbesserung der Qualität oder der Effizienz im Rahmen der bestehenden Finanzierung zu finanzieren. Folgende Möglichkeiten können dafür beispielsweise in Betracht gezogen werden:

- Der eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) steht ein Budget zur Verfügung, mittels dem sie im Rahmen von Finanzhilfen nationale oder regionale Projekte zur Qualitätsentwicklung unterstützen kann (vgl. Art. 58e KVG und Art. 77e KVV). Den Verbänden steht es frei, ein entsprechendes Gesuch bei der EQK einzureichen. Die EQK kann Subventionen jedoch nur gewähren, um Neues zu entwickeln, nicht aber um regelmässige Qualitätsmassnahmen (dauerhaft) zu finanzieren.
- Es besteht die Möglichkeit der Verwendung von einbehaltenen Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3bis KVG zur Finanzierung von Qualitätsmassnahmen, sofern diese eine Verbesserung der Qualität der Behandlung bezwecken. Durch diese finanziellen

Mittel sind Gelder im System vorhanden, die zur Finanzierung von Qualitätsmassnahmen eingesetzt werden können.

- Eine weitere Möglichkeit wäre, die Finanzierung über die bestehenden Tarife und Preise zu regeln, indem z.B. ein Kostenanteil für die Aufwände zur Durchführung von Massnahmen zur Qualitätsentwicklung ausgeschieden wird. Die Tarifpartner müssen jedoch darauf achten, dass dadurch grundsätzlich keine zusätzlichen Kosten zulasten der OKP entstehen. Dies wird z.B. bereits heute im Rahmen der bestehenden Tarifverträge zur Abgeltung der Apothekerleistungen (LOA) vorgesehen, wonach ein Prozentsatz des Publikumspreises in einen separaten Fonds fliesst, mit dem Forschungs- und Qualitätsprojekte finanziert werden.

Die im Entwurf vorgesehene Entwicklung koordinierter Versorgungsnetze entspricht der Forderung nach einer Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit, indem sie Vereinbarungen zwischen diesen Netzen und den Versicherern ermöglicht, die eine Vergütung der Koordination zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen vorsehen, wenn diese mit zusätzlichen Belastungen im Zusammenhang mit komplexen Fällen einhergeht.