

## **Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 12. April 2024 zuhanden der SGK-S «Übergangsbestimmungen zu ambulanten Tarifen»**

---

### **1. Auftrag**

Am 18. März 2024 beauftragte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) im Rahmen der Beratung des Geschäfts «22.062n: KVG. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)» die Verwaltung, einen Bericht hinsichtlich einer umsetzbaren Festlegung einer Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren ärztlichen Leistungen zu erstellen. Des Weiteren beauftragte die SGK-S die Verwaltung mit zwei Prüfaufträgen betreffend die Einführung des ambulanten Patientenpauschaltarifs sowie betreffend die Bedingungen für die Genehmigung eines neuen Einzelleistungstarifs für den ambulanten ärztlichen Bereich.

### **2. Anträge im Detail**

#### **2.1. Festlegung Höchstgrenze der pro Tag verrechenbaren ärztlichen Leistungen**

Der Antrag hat zum Ziel, den Bundesrat damit zu beauftragen, dass dieser die nationale Einzelleistungstarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen dahingehend ändert, dass eine Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte für die ärztlichen Leistungen festgelegt wird und dass diese Änderung nach Konsultation der Tarifpartner per 1. Januar 2025 in Kraft gesetzt wird.

Der Antrag erfolgt im Anschluss an den Bericht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) vom 7. März 2024, in dem die Möglichkeit geprüft wurde, das Gesamtvolumen der TARMED-Taxpunkte, die pro Arbeitstag verrechnet werden können (inkl. ärztliche und technische Leistungen), zu begrenzen. Die Gründe für den Antrag liegen darin, dass dem Missbrauch bei der Rechnungsstellung und der ausstehenden Anpassung des aktuell gültigen ambulanten Arzttarifs TARMED an die aktuellen Gegebenheiten entgegengewirkt werden soll. Es wird als stossend empfunden, dass es ein Einzelleistungstarif wie TARMED ermöglicht, pro Tag teilweise unrealistisch viele Leistungen resp. unrealistische Dauern der Leistungen abzurechnen. Daher seien Wege zu suchen, solche Abrechnungen einzuschränken.

#### **2.2. Einführung Patientenpauschaltarifstruktur im spitalambulanten Bereich**

Der Antrag fordert, dass in den Übergangsbestimmungen der KVG-Vorlage 22.062 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) festgehalten werden soll, dass der Bundesrat ab dem 1. Januar 2026 den Patientenpauschaltarif für ambulante Leistungen nach Artikel 43 Absatz 5 für eine Mindestdauer von fünf Jahren im spitalambulanten Bereich einführen kann. Für Behandlungen, für welche kein vom Bundesrat genehmigter Patientenpauschaltarif angewendet werden kann, soll in Ergänzung zum Patientenpauschaltarif der geltende Einzelleistungstarif zur Anwendung kommen.

Die Einführung von Pauschalen im spitalambulanten Bereich wird als überfällig angesehen, da die Leistungen im stationären Bereich bereits seit langem pauschal abgerechnet werden. Die rasche Einführung von ambulanten Pauschaltarifen würde eine Vereinheitlichung der Spitaltarife herbeiführen und damit zu administrativen Erleichterungen führen. Zudem liege beim Bundesrat ein fertiges Tarifwerk mit entsprechenden Pauschalen zur Genehmigung vor.

### **2.3. Vorgaben für Genehmigung eines Einzelleistungstarifs**

Der Antrag fordert, dass in den Übergangsbestimmungen der KVG-Vorlage 22.062 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) festgehalten werden soll, dass ein neuer Einzelleistungstarif nach Artikel 43 Absatz 5 nur genehmigt werden kann, wenn er den Vorgaben bezüglich transparenter Kosten- und Leistungsdaten nach Artikel 59c Absatz 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) sowie dem Gebot der Billigkeit nach Artikel 46 Absatz 4 KVG entspricht. Wenn ein Vorschlag der Tarifpartner diese Bedingung nicht erfüllt, soll der Bundesrat Gebrauch von seiner subsidiären Kompetenz gemäss Artikel 43 Absatz 5<sup>bis</sup> KVG machen.

Begründet wird der Antrag damit, dass sowohl der aktuell gültige Tarif für ambulante ärztliche Leistungen TARMED wie auch dessen möglicher Nachfolger TARDOC nicht auf transparenten Kosten- und Leistungsdaten beruhen. Damit würden diese Tarifwerke den gesetzlichen Anforderungen widersprechen.

## **3. Beurteilung der Anträge und Umsetzungsvorschläge**

### **3.1. Festlegung Höchstgrenze der pro Tag verrechenbaren ärztlichen Leistungen**

Das KVG räumt dem Bundesrat eine subsidiäre Kompetenz zur Anpassung von national gültigen Tarifstrukturen ein. Nach Artikel 43 Absatz 5<sup>bis</sup> kann der Bundesrat Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. Zudem müssen die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) nach Artikel 59c Absatz 2 der KVV die Tarife regelmässig überprüfen. Die Kompetenz zur Anpassung von TARMED durch den Bundesrat ist also gemäss KVG grundsätzlich gegeben. Allerdings liegt dem Bundesrat mit TARDOC eine Revisionslösung der Tarifpartner zur Genehmigung vor und somit sind die Verhandlungen der Tarifpartner nicht gescheitert. Vor dem Entscheid über die Genehmigung von TARDOC wäre deshalb ein Eingriff des Bundesrates in TARMED nicht möglich.

Das Missbrauchspotential von Einzelleistungstarifen, insbesondere von solchen im Umfang von TARMED (rund 4500 Tarifpositionen) oder TARDOC (rund 2500 Tarifpositionen) ist aber dennoch unbestritten und es besteht trotz Vorliegen von TARDOC Handlungsbedarf. Die Anzahl Tarifpositionen würde mit einer Einführung von TARDOC zwar reduziert. Allerdings würde TARDOC das Missbrauchspotential und die Möglichkeit zur Abrechnung von unrealistisch vielen Leistungen nicht ausreichend ausräumen. Denn solche Abrechnungen sind nicht nur wegen den veralteten Minutagen (durchschnittliche Dauer einer Leistung, die unabhängig der benötigten Zeit abgerechnet wird) in TARMED möglich, sondern auch wegen der zahlreichen Kombinationsmöglichkeiten von Tarifpositionen auf einer Rechnung, sowohl in TARMED wie auch in TARDOC. Diese Kombinationsmöglichkeiten stellen bei einem Einzelleistungstarif im Umfang von TARMED und TARDOC ein generelles Problem dar. Die Verankerung eines entsprechenden Auftrags an den Bundesrat in den Übergangsbestimmungen zum KVG ist aus folgenden Gründen nicht zielführend: Einerseits sind die Übergangsbestimmungen erst mit Inkrafttreten der Gesetzesänderung in Kraft und zudem zeitlich befristet. Andererseits könnten nebst einer Anpassung der Tarifstruktur resp. einer Festlegung einer Höchstgrenze für die pro Tag verrechenbaren Taxpunkte weitere mögliche Massnahmen zur Behebung der Problematik der missbräuchlichen Abrechnungen geprüft werden. Die Verwaltung könnte sich anstelle des Antrages vorstellen, den Bundesrat mit der Prüfung möglicher Massnahmen mittels eines Kommissionspostulats zu beauftragen, losgelöst vom Paket 2 mit den Massnahmen zur Kostendämpfung. Eine entsprechende Textmöglichkeit findet sich unter Punkt 4.

### 3.2. Einführung Patientenpauschaltarifstruktur im spitalambulanten Bereich

Ziel sollte in der Tat eine rasche Einführung von Pauschalen im ambulanten ärztlichen Bereich sein. Dies nicht zuletzt auch angesichts der unter Punkt 3.1 erwähnten Problematik der Kombinationsmöglichkeiten von Tarifpositionen eines Einzelleistungstarifs. Die Einführung von Pauschalen auf den spitalambulantem Bereich zu beschränken, würde indessen dem geltenden Recht widersprechen. Das KVG sieht in Artikel 43 Absatz 5<sup>ter</sup> nämlich vor, dass wenn es in einem Bereich eine vom Bundesrat genehmigte oder festgelegte Tarifstruktur für auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife gibt, diese von allen Leistungserbringern für die entsprechenden Behandlungen angewandt werden muss. Der Antrag hätte demgegenüber zur Folge, dass für die gleichen Behandlungen in Spitälern und im niedergelassenen Bereich je unterschiedliche Tarife gelten würden.

Die Verankerung der Einführung der zur Genehmigung vorliegenden ambulanten Patientenpauschaltarifstruktur in den Übergangsbestimmungen zum KVG ist ebenfalls nicht zielführend. Es ist nämlich ungewiss, wann die Übergangsbestimmungen durch das Parlament verabschiedet und vom Bundesrat in Kraft gesetzt werden. Die beiden Tarifwerke wurden dem Bundesrat indessen bereits unterbreitet und werden derzeit geprüft. Um Klarheit zu schaffen, möchte der Bundesrat schnellstmöglich über die beiden Genehmigungsgesuche befinden. Die Verankerung in den Übergangsbestimmungen käme wohl zu spät. Möchte die Kommission die Unterstützung für eine rasche Inkraftsetzung der ambulanten Pauschalen unterstreichen, wäre an Stelle des Antrags wohl zielführender, ein Kommissionspostulat einzureichen. Da die Einführung von Pauschalen auch der unter Punkt 2.1 adressierten Abrechnungsproblematik entgegenwirkt, könnten die beiden Aufträge an den Bundesrat in einem Postulat vereint werden. Ein möglicher Textvorschlag findet sich unter Punkt 4.

Ferner gibt es im ambulanten ärztlichen Bereich einige bereits genehmigte Pauschalen. Diese behalten ihre Gültigkeit längstens solange bis zur Einführung einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Patientenpauschaltarifstruktur. Um dies zu festigen und allfällige Unklarheiten diesbezüglich auszuräumen, könnte eine Übergangsbestimmung wie folgt formuliert werden:

*<sup>7</sup>Genehmigte oder festgelegte Patientenpauschalen für ambulante ärztliche Leistungen behalten ihre Gültigkeit längstens bis zur Einführung einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Patientenpauschaltarifstruktur.*

### 3.3. Vorgaben für Genehmigung eines Einzelleistungstarifs

Das KVG sieht vor, dass bei der Vereinbarung von Tarifen in Verträgen auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten ist (Art. 43 Abs. 4). Nach Artikel 46 Absatz 4 KVG muss die zuständige Behörde für die Genehmigung eines Tarifvertrags prüfen, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Nach Artikel 59c Absatz 1 KVV prüft die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des KVG, ob der Tarifvertrag namentlich den folgenden Grundsätzen entspricht:

- a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.
- b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.
- c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen.

Das Vorliegen von transparenten Leistungs- und Kostendaten ist also bereits heute eine zwingende Voraussetzung für die Genehmigung eines Tarifvertrags. Ebenso muss ein Tarifvertrag bereits heute dem Gebot der Billigkeit nach Artikel 46 Absatz 4 KVG entsprechen.

Betreffend TARDOC hat der Bundesrat diese Prüfung vorgenommen und die Tarifstruktur zweimal an die Tarifpartner zurückgewiesen, da die genannten Voraussetzungen nicht erfüllt waren. Mit seinem zweiten Entscheid zu TARDOC vom 3. Juni 2022 hat der Bundesrat zudem die Bedingungen für eine Genehmigung von TARDOC präzisiert, insbesondere betreffend Kostenneutralität. Ob diese Bedingungen mit der im Dezember 2023 eingereichten Version von TARDOC erfüllt sind, ist Gegenstand des laufenden Prüfverfahrens.

Aus diesen Gründen erachtet die Verwaltung den Antrag als bereits umgesetzt.

#### **4. Vorschlag Kommissionspostulat**

Zur Aufnahme der Anliegen unter den Punkten 2.1 und 2.2 und anstelle der beiden Anträge, wäre folgendes Kommissionspostulat denkbar:

*Ein Einzelleistungstarif im Umfang von TARMED (rund 4500 Tarifpositionen) oder TARDOC (rund 2500 Tarifpositionen) bringt die Möglichkeit mit sich, bei der Abrechnung einer Konsultation die Tarifpositionen untereinander zahlreich zu kombinieren und somit deutlich mehr Zeit abzurechnen, als für die Leistungserbringung aufgewendet wurde. Diesem negativen Anreiz kann eine pauschale Abgeltung von möglichst vielen Behandlungen entgegenwirken. Der Bundesrat wird daher beauftragt, zu prüfen,*

- a. welche Massnahmen zu treffen sind, damit die ihm im Dezember 2023 zur Genehmigung eingereichte Patientenpauschaltarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen so schnell wie möglich und für möglichst viele Behandlungen eingeführt werden kann.*
- b. ob TARDOC nur befristet genehmigt werden soll, dies mit der Auflage, dass eine weiterentwickelte Version von TARDOC ungerechtfertigte Kombinationsmöglichkeiten der Tarifpositionen verunmöglicht respektive einschränkt.*
- c. welche weiteren Massnahmen möglich sind, um die genannten Abrechnungsmöglichkeiten in einem Einzelleistungstarif einzuschränken.*