

Eidgenössisches Finanzdepartement

3003 Bern

Gümligen 4. April 2017

**Vernehmlassungsantwort von medswiss.net zur Revision der Mehrwertsteuerverordnung mit Antrag um Ergänzung eines Zusatzliteras d zu Artikel 34 Absatz 2 Mehrwertsteuerverordnung (MWSTV) im Rahmen der Teilrevision des Bundesgesetzes zur Mehrwertsteuer**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Zunächst danken wir Ihnen, dass Sie uns Gelegenheit geben, zur geplanten Verordnung betreffend Mehrwertsteuerverordnung Stellung zu nehmen. Gerne nutzen wir die uns gebotene Möglichkeit und sind Ihnen für eine wohlwollende Prüfung unserer Überlegungen sehr verbunden.

Als Dachverband der Schweizer Ärztenetze setzt sich medswiss.net im Rahmen der Integrierten Versorgung für die politischen Interessen seiner Ärztenetze und deren angegliederten Ärztinnen und Ärzte ein. medswiss.net ist bestrebt an, national optimale politische & wirtschaftliche Rahmenbedingungen, welche den Ärztenetzen eine qualitativ hochstehende integrierte Medizin ermöglichen. Im Zentrum des Interessens der Medizin steht die Gesundheit und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.

Wir erlauben uns im Rahmen der laufenden Vernehmlassungsfrist zur Teilrevision des Bundesgesetzes zur Mehrwertsteuer folgenden

**ANTRAG**

um Ergänzung eines Zusatzliteras d zu Artikel 34 Absatz 2 MWSTV betreffend Heilbehandlungen mit folgendem Wortlaut zu stellen:

2 Den Heilbehandlungen gleichgestellt sind:

- a. ..
- b. ..
- c. ..
- d. die im Rahmen von Managed-Care Modellen gegenüber Krankenversicherern erbrachten Leistungen**

## BEGRÜNDUNG

### 1 Funktionsweise von Managed-Care Modellen

Managed-Care ist ein Modell im Gesundheitswesen, welches von den Krankenversicherern mit dem Ziel von Kostensenkungen und gleichzeitiger Erhöhung der Versorgungsqualität vor rund 20 Jahren lanciert wurde. Das Modell basiert auf dem Prinzip, dass Kostensenkungen realisiert werden, die den Versicherten in Form von Rabatten auf den Prämien weitergegeben werden. Im Gegenzug akzeptiert der Versicherte, dass die freie Arztwahl eingeschränkt ist und er gewisse Vorgaben bei den Abläufen einhält.

Zur Realisierung der Kostensenkungen ist die Mitwirkung der Leistungserbringer des Gesundheitswesens – der Ärzte, Spitäler etc. – notwendig. Im Ursprungsmodell basiert die finanzielle Abgeltung der medizinischen Leistungen der in ein Managed-Care Modell eingebundenen Anbieter von Gesundheitsleistungen auf einem vom jeweiligen Krankenversicherer erstellten Behandlungsbudget. Dieses wird anhand von Kopfpauschalen (sog. Capitation) berechnet, welche auf statistischen Parametern basieren und ein Einsparziel sowie allfällige Risikoprämien berücksichtigen.

Das Behandlungsbudget dient dazu, die effektiven Bruttokosten der obligatorischen Krankenversicherung für die Versicherten (d.h. die Einzelleistungen gemäss KVG-Tarif Tarmed – oder kurz Heilbehandlungskosten) sowie die ärzteseitigen System- und Steuerungskosten für die Massnahmen zur Qualitätssicherung, Kostenlenkung und die effiziente Erfüllung und Optimierung von technischen wie auch administrativen Erfordernissen (kurz: Steuerungskosten für die aktive Betreuung) abzugelten. Ziel ist es dann, das Einsparziel für die betroffene Versichertengruppe zu erreichen oder gar zu übertreffen und die Behandlungsqualität zu halten resp. zu steigern. Die daraus resultierenden Budgetgewinne (aber auch mögliche Verluste) werden zwischen dem Krankenversicherer und dem jeweiligen Leistungserbringer resp. dem Ärztenetzwerk nach vereinbarten Regeln aufgeteilt.

Die Teilnahme an diesem Versicherungsmodell ist für Versicherte wie auch für Leistungserbringer freiwillig. Die Leistungserbringer sind aber nicht je einzeln mit den verschiedenen Versicherern in ein Managed-Care Modell eingebunden, sondern in der Form von Zusammenschlüssen zu Ärztenetzwerken. Ärztenetzwerke sind Organisationen, die entweder Ärzte anstellen oder verbindliche Verträge mit selbstständigen Ärzten eingehen. Diese Netzärzte erbringen selbst („Netzärzte“) sowie durch Zusammenarbeit mit Netzwerk unabhängigen Leistungserbringern auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsleistungen. Diese Zusammenarbeit basiert auf vereinbarten Behandlungsprozessen, unternehmerischen Organisationsstrukturen und einer gemeinsamen Betreuungskultur.

Es haben sich im Verlauf der Jahre eine Vielzahl von vertraglichen Abgeltungs-Regelungen zum Managed-Care Modell mit den Versicherern entwickelt:

- Capitation-Modell mit unbegrenzter Verlust- und Gewinnbeteiligung mit Auszahlung eines Pauschalbudgets: Der Krankenversicherer bezahlt dem Ärztenetzwerk einen Gesamtbetrag (Pauschalbudget), und dieses deckt damit sämtliche bei allen Leistungserbringern anfallenden Kosten (auch Kosten anfallend ausserhalb des Netzes) für die Heilbehandlung wie auch für die Steuerungskosten im Sinne des Managed-Care Modelles. Ein allfälliges Gewinn- oder Verlustrisiko verbleibt beim Ärztenetzwerk;

Capitation-Modell mit unbegrenzter Verlust- und Gewinnbeteiligung und Führung eines Schattenbudget: Grundsätzlich kommt die gleiche Systematik wie oben dargestellt zur Anwendung, aber mit dem Unterschied, dass sämtliche erbrachten Heilbehandlungen im Einzelleistungstarif abgerechnet werden und der Krankenversicherer ein sog. Schattenbudget über alle anfallenden Kosten des Leistungserbringers (und Dritter) führt und auf jährlicher Basis diese Abrechnungen mit dem Pauschalbudget vergleicht und allfällige Überschüsse ausbezahlt oder Verluste vom Leistungserbringer einfordert;

Modell mit Steuerungsbeitrag: Bei diesem Modell werden die ärztlichen Leistungen weiterhin direkt mit den Leistungserbringern (selbstständiger Arzt mit entsprechender Berufsausübungsbewilligung) resp. dessen Arbeitgebern (Ärztetzwerk mit angestellten Ärzten) und dem Krankenversicherer abgerechnet. Zusätzlich erhält der Leistungserbringer einen Beitrag für die Qualitäts- und Behandlungs-koordination (Steuerungskosten für die aktive Betreuung) sowie einen begrenzten Gewinn- oder auch Verlustbeitrag resultierend aus der Budgetmitverantwortung. Auch diese Berechnung basiert im Grundsatz auf einem Vergleich zwischen den effektiven Behandlungskosten und den durch die Versicherung festgelegten Kostenzielen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Kerngehalt von Managed-Care Abgeltungsmodellen in der Steigerung der Kosten- und der Wirkungseffizienz innerhalb der gesamten ärztlichen und therapeutischen Behandlungskette liegt, um dem stetig steigenden Kostenniveau im Gesundheitswesen entgegen zu treten. Unabhängig davon, welches Modell zur Anwendung kommt, wird als Vergleichsgrösse immer auf die Behandlungskosten abgestellt. Beim reinen Capitation-Modell sind die Ärztenetze daran interessiert, die Kosten der Heilbehandlung so tief wie möglich zu halten, um an der Differenz zwischen den effektiv angefallenen Kosten und dem Pauschalbudget zu partizipieren. Alle in diesem Zusammenhang getroffenen Massnahmen des Ärztenetzes wie Qualitätsmanagement, Ablauf- und Prozessoptimierungen, Schulungen etc. dienen letztlich der Qualitäts- und Kostenoptimierung beim Ärztenetzwerk. Die gleiche Ausgangslage präsentiert sich aber auch beim Modell mit Steuerungsbeitrag. Der Steuerungsbeitrag ist direkt davon abhängig, welches Ergebnis erzielt wird und ob die effektiven Behandlungskosten über oder unter den von der Versicherung festgelegten Kostenzielen liegen. Die Steigerung der Kosten- und Wirkungseffizienz ist aber immer das Ergebnis der von den Leistungserbringern erbrachten Heilbehandlungen. Ohne die optimal erbrachten und aufeinander abgestimmten Heilbehandlungen können die Ziele nicht erreicht werden.

## **2 Bisherige mehrwertsteuerliche Qualifikation**

Die ständige und mittels verschiedener Rulings bestätigte Praxis der Eidgenössischen Steuerverwaltung (ESTV) erkannte bis Ende 2016 auf von der Steuer ausgenommene Leistungsentgelte aller Modellvarianten im Sinne von Art. 21 Abs. 2 Ziff. 3 MWSTG. Hierbei war nicht von Belang, ob die Pauschale Heilbehandlungen nach Art. 21 Abs. 2 Ziff. 3 MWST einschliesst (wie bei den vorstehend erwähnten Capitation-Modellen) oder diese separat verrechnet werden (wie beim Modell mit Steuerungsbeitrag). Voraussetzung war jedoch, dass der behandelnde Arzt, welcher die eigentlichen Heilbehandlungen erbrachte, auch die aktive Betreuung des Patienten selber vorgenommen hat.

Aufgrund eines Bundesgerichtsentscheides aus dem Jahre 2016 überprüfte die ESTV ihre Praxis und gelangte – mit Wirkung ab 1. Januar 2017 – zu einer abweichenden resp. differenzierten steuerlichen Qualifikation, welche wie folgt lautet:

Capitation-Modell: Die steuerliche Qualifikation der Leistung, welche im Wesentlichen Heilbehandlungen beinhaltet, richtet sich beim Capitation-Modell nach der überwiegenden Leistung gemäss Art. 19 Abs. 2 MWSTG. Die Pauschale, welche der Leistungserbringer von den Krankenversicherern erhält,

ist folglich nur dann im Sinne von Art. 21 Abs. 2 Ziff. 3 MWSTG von der Steuer ausgenommen, wenn der Anteil der durch die Pauschale abgedeckten Heilbehandlungen 70% oder mehr des Pauschalbetrages ausmacht. Weiter wird vorausgesetzt, dass die Heilbehandlung durch einen Arzt mit Berufsausübungsbewilligung (subjektive Voraussetzung) direkt an den Patienten erbracht (objektive Voraussetzung) wird.

Modell mit Steuerungsbeitrag: Bei diesem Modell werden die Heilbehandlungen – im Gegensatz zum Capitation-Modell – den Krankenkassen gesondert in Rechnung gestellt. Die Vergütung der Steuerungskosten für die aktive Betreuung des Patienten (Steuerungsbeitrag) enthält somit keine von der Steuer ausgenommene Heilbehandlung im Sinne von Art. 21 Abs. 2 Ziff. 3 MWSTG. Diese Vergütung (inklusive allfälligem Gewinnzuschlag) unterliegt der Steuer zum Normalsatz.

Sofern sich ein Ärztenetzwerk in den Regelkreis einschaltet, welches keine Heilbehandlungen durch einen eigenen Arzt (mit Berufsausübungsbewilligung) erbrachte, sondern hier einerseits als Vermittler für die Heilbehandlungen zwischen dem Krankenversicherer und dem ärztlichen Leistungserbringer (selbständiger Arzt mit Vertrag mit dem Ärztenetzwerk) agierte und andererseits die aktive Betreuung des Patienten selber erbrachte, unterstellt die ESTV das gesamte vom Krankenversicherer vereinnahmte Entgelt der Steuer zum Normalsatz. Dies, weil hier das Ärztenetzwerk die objektiven wie auch die subjektiven Voraussetzungen für die Qualifikation der Leistungen als von der Steuer ausgenommene Heilbehandlungen nicht erfüllt und bei solchen Konstellationen im Kerngehalt Management-Dienstleistungen vorliegen.

### **3 Betrachtung des Vier-Parteiensystems als Einheit**

Bei der Erbringung von Heilbehandlungen sind die Akteure gehalten, den Aspekten Kosteneffizienz und Maximierung des (Therapie-)Wirkungsgrades grosse Beachtung zu schenken und diese Komponenten bilden einen inhärenten Bestandteil von ärztlichen Leistungen - analog zu anderen Dienstleistungen. Hier muss sich ein Anbieter ebenfalls um effiziente und effektive Leistungserbringung bemühen, um erfolgreich am Markt zu agieren. Im freien Wirtschaftsverkehr besteht im Vergleich zum Gesundheitswesen ein Zwei-Parteiensystem, wo der Leistungsempfänger zugleich auch der Kostenträger ist. Dieser reagiert direkt bei Missverhältnissen im Preis- / Leistungsverhältnis (also bei Effizienz- und Qualitätsmängel) seitens des Leistungserbringers.

Im Dreiparteiensystem differieren aber nun Leistungsbezüger (Patient) und Kostenträger (Versicherer) und Letzterem fehlt nun die direkte Reaktions- und Kontrollmöglichkeit, wie sie dem Leistungsbezüger obliegt. Diesem Umstand haben die Kostenträger mittels der Etablierung des Managed-Care Modells Rechnung getragen, um somit indirekt wieder Einfluss auf die Kosteneffizienz und Qualität auf die von Ihnen finanzierten Heilbehandlungen nehmen zu können.

Beim herkömmlichen Behandlungsmodell im Drei-Parteiensystem zwischen Arzt, Krankenversicherer und Patient ist die subjektive und objektive Voraussetzung für den Ausnahmetatbestand gemäss Art. 21 Abs. 2 Ziff. 3 MWSTG für alle Abgeltungen aus den Managed-Care Modellen unmittelbar gegeben, vorausgesetzt die Mehrheit der Leistungen besteht aus von der Steuer ausgenommenen Heilbehandlungen.

Wird nun zwischen den behandelnden Arzt und den Versicherer ein Ärztenetzwerk dazwischengeschaltet, sind die subjektiven wie auch die objektiven Voraussetzung für die von der Steuer ausgenommenen Heilbehandlungen immer noch gegeben. Am Kerngehalt der eigentlichen – von der Steuer ausgenommenen – Heilbehandlung und deren Steuerung hat sich nichts geändert.

Mit der per 1.1.2017 modifizierte Praxis anerkennt die ESTV, dass die Steuerungsleistungen – immer vorausgesetzt sie machen nicht mehr als 30% der Gesamtleistung aus – als Heilbehandlungen von der Steuer ausgenommen sind. Auch beim Capitation-Modell kommt es im Ergebnis zu einer Aufteilung zwischen den Steuerungsleistungen und der Heilbehandlung, zumindest auf dem Teil der ärztlichen Leistungen, die vom Ärztenetzwerk und deren Ärzten nicht selber erbracht werden, sondern von Netzwerk unabhängigen Ärzten bezogen werden. Es ist deshalb nicht mehr als sachgerecht, wenn dies auch beim Modell mit Steuerungsbeitrag gleich qualifiziert wird. Auch bei diesem Modell basiert der Mechanismus auf einer Schattenrechnung, die die für die ärztlichen Leistungen bezahlten Entgelte erfasst und basierend darauf den Steuerungsbeitrag festlegt.

In diesem Sinne erachten wir die Gleichstellung der Steuerungskosten für die aktive Betreuung der Patienten zu den Heilbehandlungen als sachgerecht und hinsichtlich volkswirtschaftlicher Aspekte als sinnvoll.

Für die Prüfung unseres Antrags bedanken wir uns im Voraus bestens und stehen Ihnen für Fragen oder für ergänzende Auskünfte gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Alexander v. Weymarn  
**Präsident medswiss.net**

Christoph Lüssi  
**Geschäftsführer medswiss.net**

Kopie des Schreibens an:

Eidg. Steuerverwaltung  
Herrn Raffaello Pietropaolo  
Leiter Hauptabteilung MWST  
Schwarztorstrasse 50  
3003 Bern