

# Ambulante Tarife: der Beitrag der FMCH<sup>1</sup>

TARMED wurde seit seiner Einführung 2003/04 kaum weiterentwickelt. Sämtliche Revisionsversuche sind gescheitert. Mit dem rechtswidrigen Tarifeingriff von 2014 hat der Bundesrat viele Fehlanreize geschaffen. Mit dem zweiten Tarifeingriff setzt er den regulatorischen Teufelskreis fort. In dieser verfahrenen Situation sind innovative Lösungsansätze gefragt. Die FMCH nimmt ihre Verantwortung wahr und zeigt einen Weg aus der Sackgasse auf: Sie entwickelt gemeinsam mit *santésuisse* ambulante Leistungspauschalen.



Dr. med. Markus Trutmann

## Ausgangslage

TARMED 1.1 bis 1.08, TARMED 1.08\_BR, Tarvision, ats-tms 1.0, TARMED 1.09\_BR und TARCO: Bei all diesen Tarifen und Tarifprojekten geht es um die sogenannte «Einzelleistungs-Tarifstruktur». An diesen Tariftyp sind juristische und politische Besonderheiten geknüpft. So kann es beispielsweise nur einen einzigen, schweizweit gültigen Einzelleistungstarif geben. Dieser muss vom Bundesrat genehmigt oder, bei vertraglosem Zustand, festgesetzt werden. Neuerdings kann der Bundesrat auch subsidiär eingreifen. Damit stehen einer erfolgreichen Revision relativ hohe Hürden im Wege. Ausserdem steht «TARMED» seit vielen Jahren im Fokus von Politik und Medien. Dies macht es schwierig, sachliche Diskussionen abseits des Rampenlichts zu führen. Die Tarifpartner müssen stets darauf bedacht sein, einen Gesichtsverlust zu vermeiden. Damit sinkt die Kompromissbereitschaft. Ohne Kompromisse sind aber keine Tarifverträge möglich.

In einer derart verfahrenen Situation tut es not, von der Gemengelage Abstand zu nehmen. Mehr als alle anderen sind die Spezialärztinnen und Spezialärzte herausgefordert, nach innovativen Lösungen zu suchen. Denn auf sie richten sich alle Blicke. Den chirurgisch und interventionell tätigen Ärztinnen und Ärzten wird oft unterstellt, sie seien Neinsager und würden nur ihre Pfründe verteidigen. Die FMCH ist dazu angetreten, diese unfairen Behauptungen zu widerlegen und einen Weg aus der Sackgasse aufzuzeigen.

## Ein Weg aus der Sackgasse

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) erlaubt bei den Tarifsystemen viel mehr Möglichkeiten, als gemeinhin wahrgenommen wird. Neben dem Einzelleistungstarif sind Zeittarife und Pauschaltarife möglich (vgl. Abbildung 1). Die FMCH lehnt Zeittarife entschieden ab, weil sie Ineffizienz belohnen und zu einem unnötigen Mengenwachstum verleiten. Hingegen sieht sie in Pauschaltarifen zahlreiche Vorteile. Ambulante Pauschaltarife sind in der Schweiz nichts Neues. Sie wurden bisher punktuell in einzelnen Fachgebieten (z.B. Ophthalmologie, ORL), in bestimmten Regionen oder im Unfallversicherungsbereich angewandt. Die Erfahrungen waren durchwegs positiv. Ambulante Pauschaltarife haben sich als einfach zu bedienende, zu wenigen Beanstandungen führende Abrechnungssysteme erwiesen. Pauschaltarife sind im ambulanten Bereich besonders einfach zu konstruieren. So decken wenige, standardmässig durchgeführte Eingriffe bis zu 80 Prozent, ja teilweise sogar 90 Prozent des Leistungsvolumens eines jeweiligen Fachgebiets ab. Konzentriert man sich auf die Pauschalierung dieser Eingriffe, erhalten sowohl Leistungserbringer wie auch Leistungsfinanzierer von vornherein die Gewissheit, dass sie sich in ein überschaubares Tarifprojekt mit einigermassen

berechenbarem Ausgang begeben. Pauschaltarife honorieren eine effiziente, qualitativ hochstehende Leistungserbringung. Dies trifft besonders dann zu, wenn den Pauschalen, wie dies beabsichtigt ist, Qualitätskriterien hinterlegt werden. Weiter weisen ambulante Pauschalen eine kostendämpfende Wirkung auf. Dem immer lauter werdenden Ruf von SP und CVP nach einem Globalbudget kann so eine glaubwürdige und qualitätsschonende Alternative entgegengesetzt werden. *Last but not least* liegt die Entwicklung von pauschalierenden Tarifsystemen auf der Linie der Agenda Gesundheit2020 des Bundesrats. Insgesamt kann die Entwicklung von ambulanten Pauschalen als pragmatisches, innovatives und zukunftsgerichtetes Projekt bezeichnet werden.

Bei der Entwicklung von ambulanten Leistungspauschalen arbeiten die FMCH bzw. die FMCH Tarifunion und der Dachverband der Krankenversicherer *santésuisse* von Beginn an tarifpartnerschaftlich zusammen. Auch hier wird ein Freiraum des KVG genutzt, welches den Tarifpartnern die Möglichkeit gibt, Tarifstrukturen gemeinsam zu entwickeln. Es handelt sich um eine klassische Form der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern. Leider ist die Zusammenarbeit von FMCH und *santésuisse* die einzige noch verblie-

## 4. Abschnitt: Tarife und Preise

### Art. 43 Grundsatz

<sup>1</sup> Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen.

<sup>2</sup> Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:

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

<sup>1</sup> Zur Vereinfachung wird hier nicht zwischen FMCH und FMCH Tarifunion unterschieden. Die Entwicklung der ambulanten Leistungspauschalen liegt rechtlich in den Händen der FMCH Tarifunion.

Abbildung 1: Tariftypen gemäss KVG (Artikel 43 Absatz 2).

bene aktive Tarifpartnerschaft zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern. Umso wichtiger ist es, das gemeinsame Projekt zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen. Die Erfolgsfaktoren dieser Zusammenarbeit sind eine durchwegs pragmatische Haltung und eine gutschweizerische Kompromissbereitschaft der Tarifpartner.

#### Wie geht es weiter?

Leider hat der Bundesrat die Chance verpasst, bereits fertiggestellte Pauschalen in die Verordnung zum zweiten Tarifeingriff einzubauen. Das ist enttäuschend, ändert aber am weiteren Verlauf des Pro-

jekts nichts. Auch hier nutzen FMCH und *santésuisse* einen Freiraum des KVG: den Abschluss von nationalen oder kantonalen Tarifverträgen. Zurzeit wird letztere Variante priorisiert. Fertiggestellte Tarifkapitel sollen pilot- und kantonsweise eingeführt werden. Alle Tarifpartner, insbesondere auch die FMH, sind eingeladen, sich partnerschaftlich an diesem zukunftsgerichteten Projekt zu beteiligen.

#### Zu guter Letzt: TARCO

Die FMCH ist auch im Projekt TARCO der FMH an vorderster Front engagiert. Aus vertraglich vereinbarten Gründen kön-

nen hier keine Details preisgegeben werden. Immerhin kann festgehalten werden, dass die bisherigen Ergebnisse ermutigend sind. Die FMCH legt auch hier eine kompromissbereite Haltung an den Tag. An ihr soll das Projekt TARCO nicht scheitern. Allerdings steht noch ein langer, steiniger Weg bevor. Mehr über TARCO wird zu gegebener Zeit von der FMH zu erfahren sein.

Dr. med. Markus Trutmann

Dr. med. Markus Trutmann ist Generalsekretär FMCH

Der TARMED-Eingriff aus der Sicht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ)

## Zweiter TARMED-Eingriff – eine Sparübung mit hohen Kosten!

Die mit dem Tarifeingriff geplante Sparübung wirkt übereilt und nicht zu Ende gedacht. Als Folge des Eingriffs sind massive Einschnitte in der ambulanten Versorgung und sogar Versorgungslücken zu erwarten.



Dr. med. Josef Widler

Durch Kostenverlagerungen wird der Tarifeingriff zu höheren Kosten führen und nicht zu den versprochenen Einsparungen von 480 Millionen Franken. Der Eingriff wird Versorgungslücken

aufreissen, die später nur schwer wieder geschlossen werden können. Deshalb hat die AGZ über ihre Website [www.aerztefuer-zuerich.ch](http://www.aerztefuer-zuerich.ch) über 2600 Unterschriften für einen offenen Brief gesammelt und am 23. Mai 2017 einem Vertreter von Bundesrat Berset vor dem Bundeshaus überreicht mit der Forderung, den schädlichen Tarif wieder zurückzuziehen.

Mit dem Tarifeingriff wird am falschen Ende gespart: Nur 1/7 der Gesundheitskosten, nämlich 11 von insgesamt 71 Milliarden Franken, fallen im ambulanten Bereich an und werden mit dem TARMED verrechnet. Kostensteigerungen in diesem Bereich sind im Langzeitverlauf im Vergleich mit anderen Teilen der Gesundheitsversorgung moderat. Die überdurchschnittlichen Kostensteigerungen der letzten Jahre sind Auswirkungen gesundheitsökonomischer und gesundheitspolitischer Lenkungsmaßnahmen. Nicht wenige der geplanten Kürzungen

stehen im Widerspruch zu diesen Lenkungsmaßnahmen und führen zu kaum absehbaren und ungewollten Kollateralschäden zum Nachteil der Patienten und der Prämienzahler.

#### Inakzeptable Verschlechterung der Einkommenssituation der Ärzte

Die niedergelassenen Ärzte haben seit der Einführung des TARMED 2004 massive Preissenkungen für ihre ärztlichen Leistungen hinnehmen müssen. Vorgeesehen war, dass die Taxpunkte für die «Ärztliche Leistung» (AL) einem «Bruttolohn» eines Angestellten in der Höhe von 175'710 Franken (als Referenzeinkommen) entspricht. Doch durch die Senkungen der Taxpunktwerte seit der TARMED-Einführung erzielt ein durchschnittlicher Facharzt im Kanton Zürich heute (mit einer 100%-TARMED-Tätigkeit) ein Einkommen, das einem Bruttolohn von ca. 145'000 Franken entspricht. Damit liegt das TARMED-Einkommen der Zürcher Ärzte bereits 17% unter dem Sollwert des TARMED 1.08. Ohne Kompensation durch eine Taxpunkterhöhung würde die Umsetzung des Tarifeingriffs eine weitere Senkung des durchschnittlichen TARMED-Einkommens der Zürcher Ärzte um 4% bedeuten. Fehler in der Tarifstruktur können jedoch nicht durch Taxpunkterhöhungen kompensiert werden.

Der Tarifeingriff entspricht einer nicht mehr tragbaren weiteren Verschlechterung der Einkommenssituation der Ärzte und muss entschieden abgelehnt werden.

#### Streichung der Notfall-Inkonvenienzpauschale

Die vorgeschlagene Definition des «Notfalls», die zu einer Verrechnung eines Zuschlags berechtigt, ist absolut praxisuntauglich. Als Notfall soll nur noch gelten, wenn bei nicht erfolgter ärztlicher Untersuchung und Behandlung ein Organschaden zu erwarten gewesen wäre. Den «Notfall» definiert aber der Patient. Der Arzt kann erst im Nachhinein feststellen, ob die Notfalldefinition erfüllt ist oder nicht. Er alleine trägt das finanzielle Risiko. Weshalb soll also eine Praxis in Zukunft überhaupt noch Notfälle annehmen? Sie bringen den Praxisablauf durcheinander, führen zu längeren Wartezeiten, oder es müssen unentgeltlich Vorhalteleistungen erbracht werden. Mit dem Streichen der Dringlichkeits- und Notfallzuschläge für ambulante ärztliche Einrichtungen nach Art. 36a KVG, die ihr Angebot explizit auf Notfälle ausgerichtet haben, gefährdet der Tarifeingriff die ambulante Notfallversorgung der Bevölkerung. Bereits jetzt kann der Notfalldienst von diesen Institutio-