



Versand per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Basel / Bern, 27. Januar 2014

47.7/MJ

Revision *TARMED* zugunsten der Hausärzte

Stellungnahme des GDK-Vorstands vom 23.1.2014 zur Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, zur Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung mit den vorgeschlagenen Bestimmungen zur tariflichen Besserstellung der Hausarztmedizin Stellung zu nehmen.

Die Verordnungsvorlage entspricht den im Rahmen des „Masterplan Hausarztmedizin“ getroffenen Massnahmen, welche zum Rückzug der der Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ führten. Die GDK war Partei in der Trägerschaft des Masterplans und unterstützte die vereinbarten Massnahmen. Der Bundesrat steckte das Volumen der Besserstellung schon damals mit 200 Mio. CHF pro Jahr ab und stellte klar, dass dieses – allenfalls mit einer gewissen zeitlichen Staffelung – kostenneutral umgesetzt werden soll, d.h. durch eine Gegenfinanzierung aus anderen Leistungsbereichen von *Tarmed* zu kompensieren sei. Die Tarifpartner wurden aufgefordert, entsprechende Vorschläge zu machen. *santésuisse* machte eine Reihe von Kompensationsvorschlägen, die FMH verzichtete. Die GDK hätte sich auch vorstellen können, im Sinne einer Kompromisslösung eine Teilkompensation z.B: von drei Vierteln des Gesamtbetrages in Kauf zu nehmen, schloss sich letztlich aber der Zielvorgabe des Bundesrates an.

Die GDK hält nach wie vor eine Gesamtrevision des *Tarmed* mit einer Anpassung der Tarifstruktur an neu gerechnete betriebswirtschaftliche Rahmenparameter für unerlässlich. Die Tarifpartner können sich jedoch seit Jahren nicht auf eine solche einigen und auch bis zur Gesamtrevision befristete Besserstellung der Grundversorger / Hausarztmedizin ist auf dem Vereinbarungsweg gescheitert. Die GDK konnte dies mitverfolgen, weil sie an den Sitzungen des Leitungsgremiums vom *Tarmed*suisse seit 10 Jahren im Beobachterstatus - mit einer zunehmenden Ernüchterung - immer vertreten war.



Die vom Bundesrat vorgeschlagene Verordnung ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar und entspricht dem Parlament und Tarifpartnern in Aussicht gestellten Massnahmen. Wir gehen in der Folge auf einige Fragestellungen grundsätzlicher Art ein:

a) Sachgerechtigkeit der Struktur

Artikel 43 Absatz 4 KVG fest, dass bei der Festlegung der Tarife auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur zu achten ist, wobei das Ziel darin besteht, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erreichen (Art. 43 Abs. 6 KVG).

An der genehmigten bisherigen Tarifstruktur wird in der Systematik bzw. Kapitelaufteilung nichts geändert. Die mit dem Zuschlag für die als Hausärzte geltenden Spezialarzttitel und den Abschlag der bezeichneten spezialärztlichen Kapitel ist unseres Erachtens die Sachgerechtigkeit gewahrt.

b) Betriebswirtschaftliche Bemessung

Bei der Festlegung eines Tarifs ist, unter Beachtung von Artikel 59c Absatz 1 KVV, zu beurteilen:

- ob der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung deckt (Bst. a);
- ob der Tarif höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten deckt (Bst. b);

Die bezeichneten vierzehn Kapitel, welche einen Abschlag zu gewärtigen haben, sind plausibel begründet. Zudem erfolgt der Eingriff einzig auf der technischen Leistung. Auch wenn dort Personalkosten mitenthalten sind (medizinische Praxisassistentin, Assistenzarztleistungen), welche seit der Bemessungsgrundlage in den 90er Jahren gestiegen und nicht gesunken sind, dürften die technisch bedingten Kostensenkungen in diesen Kapitel überwiegen.

Eine fundierte betriebswirtschaftliche Beurteilung der Zu- und Abschläge ist uns indessen aufgrund der fehlenden genaueren Datenbasis nicht möglich. Wir halten jedoch die ergriffenen Massnahmen als vertretbar, weil sie einerseits in den betroffenen Bereichen der Tendenz der Kostenentwicklung entsprechen dürfte und andererseits der vom eidgenössischen Parlament politisch gewollten Stossrichtung entsprechen. Zudem hält das vorgeschlagene Vorgehen den nötigen Druck auf die Tarifpartner aufrecht, die subsidiär ergriffene bundesrätliche Massnahme so rasch als möglich durch eine tarifpartnerschaftlich vereinbarte Gesamtrevision zu ersetzen. Diese kann aufgrund aktuellerer betriebswirtschaftlicher Daten allenfalls notwendige Korrekturen oder Feinjustierungen vornehmen.

c) Kostenneutralität / Berechnung des Umverteilungsvolumens

Bei der Festlegung eines Tarifs ist, unter Beachtung von Artikel 59c Absatz 1 KVV, zu beurteilen:

- ob ein Wechsel des Tarifmodells (keine) Mehrkosten verursacht (Bst. c).

Von der theoretischen Zielsetzung her ist diese Bestimmung erfüllt. Allerdings sollten die Berechnungen gemäss den Erläuterungen vom 16. Dezember 2013 nochmals überprüft



werden.¹ Die Prognose des BAG basiert auf den effektiv abgerechneten Mengen der relevanten Grundversorgergruppen (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, prakt. Arzt und Gruppenpraxen) für die TARMED-Position 00.0010 „Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)“ des Tarifpools von santésuisse (2011). Diese Daten wurden mit Hilfe des Datenpools pro Facharztgruppe differenziert hochgerechnet. Daraufhin wurden die durch die Zuschlagsposition für Hausärzte (11 Taxpunkte) entstehenden Mehrkosten bei gleichbleibender Menge und einem durchschnittlichen Taxpunktwert von 0.89 CHF geschätzt. Es resultieren mit dieser Methode rund 200 Mio. CHF Mehrkosten. Eine Unterschätzung des Volumens ist bei dieser Methode durchaus möglich z.B.

- aufgrund der Anreize zur vermehrten Abrechnung von Grundkonsultationen;
- unterschätzte Anzahl Grundkonsultationen;
- unzutreffende Zuteilung der Positionen nach Versorgergruppen im Datenpool;
- wegen Grundbehandlungen, die von den Versicherten nicht eingegeben werden, weil sie bisher noch unterhalb der Franchise des ganzen Jahres lagen.

d) Verteilung der Kosten auf die spitalambulanten Leistungserbringer

Der Spitalverband H+ kritisiert an der Vorlage, dass die den Grundversorgern versprochenen Zuschlagspositionen ausschliesslich für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis gelten sollen und damit die Spitäler und Kliniken explizit ausschliessen. Dies bedeute eine Ungleichbehandlung, die nicht sachgerecht sei, da die Spitäler wichtige Grundversorgungsleistungen erbringen. Auf der anderen Seite haben die Spitalambulatorien mit der Gegenfinanzierung über die Abschläge bei den 14 betroffenen Kapiteln gemäss Schätzung der Spitäler Mindereinnahmen von rund 100 Mio. CHF gewärtigen.

Dass die Spitalambulatorien einen beträchtlichen Teil der Gegenfinanzierung mitzutragen hätten, ist sicherlich zutreffend. Die Senkung der TL linear um 9% und die Tatsache, dass die Spitäler den Zuschlag von 11 Punkten nicht abrechnen dürfen beschert den Spitalern tatsächlich Mindereinnahmen. In der Grundversorgung finden zurzeit Verschiebungen statt. Die Tatsache, dass viele Patienten keinen Hausarzt mehr haben und direkt den Notfall des Spitals aufsuchen, spricht an sich dafür, dass auch die Spitäler den Zuschlag abrechnen können sollten. Da der TPW in der Regel oder zumindest in vielen Kantonen bereits nicht kostendeckend war und ist, wurde das „Ambulatoriumsdefizit“ der öffentlichen Spitäler durch Querfinanzierung oder die Defizitfinanzierung der Kantone getragen.

Antrag

Allerdings beginnen immer mehr Spitäler – auch aufgrund der fehlenden Abdeckung von Notfalldiensten während der Nacht und an Wochenenden durch die Hausärzte - Grundversorgerpraxen an das Spitalambulatorium anzubinden, welche dann als Arztpraxis funktionieren. Deren Leistungen werden über das Spital abgerechnet. Wenn dort Hausärzte tätig sind, sollten deren Leistungen auch zuschlagsberechtigt sein.

¹ Zudem ist hinter diese Verordnungsvorgabe der Kostenneutralität aus grundsätzlichen Überlegungen ein Fragezeichen zu setzen. Wird die Tarifstruktur aus rein systematischen Gründen geändert, ist das Erfordernis der Kostenneutralität sicherlich gerechtfertigt. Werden jedoch aus betriebswirtschaftlichen Gründen die Rahmenparameter einer Tarifstruktur geändert, um langfristigen Veränderungen in der Kostenstruktur Rechnung zu tragen, führt eine wörtliche Auslegung des Begriffs „Kostenneutralität“ zu nicht mehr sachgerechten Vergütungen, wenn nicht nur die Gesamtheit der Relativpreise, sondern das Umsatzvolumen konstant bleiben sollte. Damit würde jegliche betriebswirtschaftlich bedingte Tarifrevision ad absurdum geführt. Allenfalls erwünschte sozial- oder verteilungspolitische Zielsetzungen (z.B. Dämpfung des Prämienanstiegs) müssen auf anderen Wegen durchgesetzt werden.



Fristen

Schliesslich erlauben wir uns, noch eine Bemerkung zu den Anhörungsfristen anzubringen. Plädiert GDK plädiert vor dem Hintergrund des Prinzips von Treu und Glauben gegenüber den Initianten, welche unter der Zusicherung der Prämisse eine Inkraftsetzung dieser Massnahme möglichst bis Mitte 2015 dem Rückzug ihrer Initiative zugestimmt haben, ebenfalls für ein forsches Vorgehen. Allerdings wird dieses mit der Anhörung über die Festtagsferien übertrieben. Angesichts der finanziellen und politischen Tragweite des Geschäfts wäre eine Frist von zwei Monaten angemessen, um eine demokratisch abgestützte Meinungsbildung zu ermöglichen. Zudem ist es sicher richtig, dass für die IT-gestützte Einführung der revidierten Tarifstruktur den Tarifpartnern ebenfalls genügend Zeit einzuräumen.

Fazit

Trotz einiger hier vorgebrachter Bedenken ist die vorgeschlagene Lösung als kurzfristige Massnahme hinzunehmen. Erstens gibt sie ein Signal für eine notwendige Stärkung der Hausarztmedizin in der privatärztlichen Praxis bzw. Praxisgemeinschaften. Zudem ist es nach Einschätzung von Fachleuten aber ebenfalls richtig, dass durch den Eingriff in die Bewertung der technischen Leistungen in vielen Kapiteln bestehende Überbewertungen korrigiert werden. Auch ist absehbar, dass die erwachsenden Mindereinnahmen in Spitälern binnen kurzer Zeit durch das laufende Mengenwachstum kompensiert werden. Es liegt im Interesse der Spitäler, einer bestehenden Unterfinanzierung in anderen ambulanten Leistungsbereichen mit einer möglichst rasch mit den Tarifpartnern zu Ende geführten Gesamtrevision entgegenzuwirken.

Zu den Artikeln im Einzelnen

Vgl. Antrag unter d). Sonst keine Bemerkungen.

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Der Präsident

Dr. Carlo Conti
Regierungsrat

Der Zentralsekretär

Michael Jordi