



Tarmed - der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen

Evaluation der Zielerreichung und der Rolle
des Bundes



Impressum

Bestelladresse	Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK)
Adresse de commande	Monbijoustrasse 45, CH - 3003 Bern
Order address	http://www.efk.admin.ch/
Bestellnummer d	1.8381.316.00095.71
Numéro de commande f	1.8381.316.00095.71f
Zusätzliche Informationen	Fachbereich Wirtschaftlichkeitsprüfung und Evaluation
Complément d'informations	E-Mail: emmanuel.sangra@efk.admin.ch ; claudio.courbat@efk.admin.ch
Further informations	Tel. +41 31 323 11 01; +41 31 323 10 53
Originaltext	Deutsch
Texte original	Allemand
Original text	German
Zusammenfassung	Deutsch (« Das Wesentliche in Kürze »)
Résumé	Français (« L'essentiel en bref »)
Abstract	English (« Key facts »)
Abdruck	Gestattet (mit Quellenvermerk)
Reproduction	Autorisée (merci de mentionner la source)
Reproduction	Authorised (please mention the source)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und im Verständnis, dass beide Geschlechter gemeint sind, verwendet der Text bei personenbezogenen Begriffen nur die männliche Form.

Tarmed – der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes

Das Wesentliche in Kürze

Ein schweizweiter Einzelleistungstarif – eine bedeutende Leistung

Nach über 15 Jahren komplizierter technischer und organisatorischer Arbeit der Tarifpartner kann Tarmed seit 1.1.2004 für die Fakturierung aller ambulanten ärztlichen Leistungen sowohl in Arztpraxen als auch im Spital schweizweit genutzt werden. Mit Tarmed wurden die 26 veralteten kantonalen Tarife überflüssig. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) werden ca. 6 Mrd. Franken, in den anderen drei Sozialversicherungen ca. 1 Mrd. Franken jährlich über Tarmed verrechnet (2007). Tarmed besteht aus ca. 4'300 Einzelleistungen (Tarifpositionen) und repräsentiert weltweit den umfassendsten Einzelleistungstarif.

Zielerreichung von Tarmed durch die EFK evaluiert

Gestützt auf ihr Jahresprogramm von 2008 hat die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) eine Evaluation der Zielerreichung des Tarmed vorgenommen, mit folgendem Resultat:

- **Ziel der Kostenrealität:** teilweise erreicht. In gewissen Bereichen stellen Verhandlungslösungen (speziell bei Minutagen) und veraltete bzw. fehlende Berechnungsgrundlagen die Kostenrealität stark in Frage. Die Tarifpartner sind sich über eines einig: Es braucht dringend eine gründliche Revision.
- **Ziel der verbesserten Transparenz:** erreicht. Das Potenzial der nun vorhandenen Daten wird jedoch für objektive Analysen (z.B. zur Verbesserung der Kostenrealität) nicht genutzt. Stattdessen streiten die Tarifpartner über die Gültigkeit der Daten, die nicht aus ihrer eigenen Datenbank stammen („Datenparität“). Die existierenden Statistiken sind unvollständig.
- **Ziel der finanziellen Aufwertung der ärztlichen Leistungen:** eher nicht erreicht, mit Ausnahme der Psychiatrie. Längere Konsultationen werden zwar etwas besser vergütet als früher, die Einkommensunterschiede zwischen den technischen Fachspezialitäten und den Grundversorgern nehmen aber zu, statt ab.
- **Ziel der Kostenneutralität:** erreicht. Die Kostenneutralität wurde durch die Tarifpartner operationalisiert (vom Bundesrat genehmigt) und in Arztpraxen monitorisiert. Die Analyse bestätigt, dass das Ziel im statistischen Sinn erreicht wurde, d.h. die Ausgaben steigen gleich stark wie vor der Einführung von Tarmed.
- **Ziel der Tarifpflege:** nicht erreicht. Das Revisionsprojekt Tarmed 2010 ist seit Jahren blockiert und die Gefahr besteht, dass erforderliche jährliche Korrekturen des Tarmed mit Verweis auf dieses Revisionsprojekt ins Ungewisse verschoben werden.

Verhandlungsprimat und schweizweiter Einzelleistungstarif

Tarmed ist nicht ein vom Bund verordneter Tarif. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) schreibt vor, dass Tarife und Preise (in der Regel) in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern verhandelt werden (Verhandlungsprimat oder Tarifautonomie). Für Einzelleistungstarife ist eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur vorgesehen. Folgende Verbände haben den Tarmed im Namen der vier Sozialversicherungen erarbeitet:

- Santésuisse: Der Branchenverband der Schweizer Krankenversicherer
- FMH: Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
- H+: Verband der Spitäler
- MTK: Die Medizinaltarifkommission gemäss Unfallversicherungsgesetz, mit ihrem Sekretariat, der Zentralstelle für Medizinaltarife (ZMT)

Die vier Tarifpartner haben Tarmed auf eigene Kosten entwickelt, in den 90-er Jahren sprachen sie von einem 7 Mio. Franken Entwicklungsprojekt. Tarmed wurde für mehrere Millionen Franken an die Deutsche Kassenärztliche Bundesvereinigung verkauft.

Kostenrealität: Systematik und Präzision aber einige bemerkenswerte Schwachstellen

Das KVG sieht vor, dass Tarife sachgerecht strukturiert und betriebswirtschaftlich berechnet werden. Weiter sieht die entsprechende Verordnung vor, dass höchstens die transparent ausgewiesenen, und für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten im Tarif berücksichtigt werden. Diese Elemente werden in diesem Bericht als „Kostenrealität“ bezeichnet.

Beim Aufbau der Tarifstruktur wurde zunächst der Katalog aller ärztlichen Leistungen erstellt, dann wurden Modelle und Erhebungen für die Festsetzung betriebswirtschaftlicher Preise von den Tarifpartnern konzipiert. Tarmed repräsentiert einen grossen Fortschritt: Ambulante ärztliche Leistungen werden schweizweit nach einheitlichen Kriterien verrechnet. Jede Minute ärztlichen Handelns hat damit ihren nachvollziehbar bestimmten Preis. Dadurch entsteht eine objektive Vergleichbarkeit der fakturierten Leistungen.

Die Modelle und die Eckwerte für die betriebswirtschaftlichen Berechnungen der ärztlichen und technischen Leistungen wurden untersucht und folgende bedeutende Schwachstellen bei der Kostenrealität des Tarmed wurden gefunden:

- Unsystematische Festlegung der Minutagen, d.h. der Zeiten, welche für die Ausführung einer Leistung notwendig sind. Transparente und (allseits) akzeptierte Kriterien und Methoden für die Minutagen fehlen.
- Einige Produktivitätsfaktoren, welche in die Berechnung der ärztlichen Leistungen einfließen, sind nicht nachvollziehbar.
- Unterschiedliche Taxpunktswerte sollten nur kantonale Kostenunterschiede bei Lohn und Mieten widerspiegeln. Die Analyse zeigt aber, dass die Unterschiede bei den Taxpunktswerten historisch bedingt sind.
- Grosser Handlungsspielraum für die Ärzteschaft bei der Fakturierung, mit Möglichkeiten pauschal (od. gruppiert) und separat zu verrechnen, Verrechnung von Zeitpositionen und Handlungspositionen, Überschneidungen der Minutage von Einzelpositionen.
- Fehlende Möglichkeiten für die Patienten die Tarmed-Rechnungen zu kontrollieren, obwohl vom KVG vorgesehen. Nach bald zehn Jahren Tarmed sind die Rechnungen immer noch voll unverständlicher Codes und Details. Zentrale Informationen, wie die total verrechnete Zeit, fehlen.
- Trotz umfassendem Leistungskatalog mit ca. 4'300 tarifierten Positionen werden Analogiepositionen für gewisse (noch) nicht tarifierte Leistungen verwendet. Selbst Leistungen, welche von der verantwortlichen Kommission in den Leistungskatalog der OKP aufgenommen wurden, sind noch immer nicht im Tarmed tarifiert.

- Bei Handlungspositionen können die Umsätze und Einkommen durch Produktivitätsgewinne - tiefere IST-Zeiten als Minutagen - erhöht werden, bei zeittarifierten Leistungen sind solche Produktivitätsgewinne nicht möglich.

Von diesen Schwachstellen profitieren technisch orientierte Disziplinen, die Grundversorger hingegen, welche wesentlich nach Zeitpositionen verrechnen, sind dadurch benachteiligt.

Die untersuchten Fallbeispiele – grosser Handlungsspielraum für die Leistungserbringer

Die EFK hat die Kostenentwicklung und Kostenrealität von elf Leistungspaketen mittels Fallstudien untersuchen lassen. Die Ergebnisse betreffen primär die Arztpraxen weil die Datenlage in Spitalambulatorien keine Analyse von Leistungspaketen zulies. Bei einigen Leistungspaketen wird die Vergütung als eher tief, bei anderen als eher hoch bewertet. Eine abschliessende Beurteilung der Kostenrealität ist nur möglich, wenn neben Tarmed-Daten pro Leistungspaket (Preise) auch repräsentative Kostendaten einer effizient betriebenen Praxis vorliegen. Das Tarifierungsmodell bezieht sich auf eine Einzelpraxis und nicht auf eine Gruppenpraxis (Ärzt Netzwerk).

Zu hohe Vergütungen lassen sich hauptsächlich mit folgenden Faktoren erklären:

1. Zu hohe Minutagen, d.h. vorgesehene Minutenzeiten für die Ausführung einer Leistung: je höher die Minutage, desto höher die Vergütung der Leistung.
2. Zu tiefe Produktivitätsfaktoren: je tiefer der Produktivitätsfaktor, desto höher die Vergütung. Falls der Arzt faktisch effizienter ist, erhöht sich sein Einkommen.

Zu tiefe Vergütungen lassen sich hauptsächlich mit folgenden Faktoren erklären:

1. Eckwerte für die technischen Leistungen stammen aus den 90er Jahren mit veralteten Grundlagen
2. Senkung des Taxpunktwertes: Der Mittelwert liegt bei Fr. 0.89 anstatt Fr. 1.-, wie dem Rechnungsmodell zugrunde lag
3. Halbierung der Vergütung für die letzten 5 Konsultationsminuten welche im Jahr 2000 beschlossen wurde

Hohe gesetzliche Anforderungen für die Genehmigung durch den Bundesrat

Das KVG sieht vor, dass die Tarifstruktur Tarmed für die ganze Schweiz gelten soll und dass der Bundesrat den Tarifvertrag zu genehmigen hat, nachdem er die Wirtschaftlichkeit und Billigkeit überprüft hat. Bei der Genehmigung der ersten Version gab die Preisüberwachung dem Bundesrat Empfehlungen zur Berechnung des Tarmed ab. Obwohl nur einige Empfehlungen von den Tarifpartnern umgesetzt wurden, hat der Bundesrat den Tarif genehmigt.

Das federführende Bundesamt BAG legt bei der materiellen Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des Tarmed das Gewicht auf die absehbare Wirkung auf die Prämien. Die Wirtschaftlichkeit der Einzelleistungen oder der Leistungspakete wird de facto nicht überprüft.

Das BAG verfügt für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Tarmed-Leistungen weder über ein Konzept noch über Ressourcen.

Notwendige Tarifpflege wird versäumt – Revision 2010 ins Ungewisse verschoben

Die Tarifpartner, in ihrer Funktion als Tarmed Suisse, haben die Verantwortung für die laufende Tarifpflege. Diese begrenzte sich aber in den letzten Jahren auf kleinere Anpassungen von Einzelpositionen. So entfernt sich Tarmed kontinuierlich von der Kostenrealität. Die Tarifpartner

sind sich aber einig, dass eine gründliche Revision des Tarmed notwendig ist. Das Revisionsprojekt Tarmed 2010 existiert seit drei Jahren, aber nur als Projektskizze, das Projekt selber ist blockiert. H+ und insbesondere die FMH legen das Gewicht auf eine betriebswirtschaftlich korrekte Bemessung, Santésuisse fordert ihrerseits, dass vorgängig zu dieser Revision ein Vertrag über die Steuerung der Kosten abgeschlossen werde. Da alle Entscheide von Tarmed Suisse einstimmig gefällt werden müssen, ist Tarmed 2010 blockiert und die Tarifpflege begrenzt sich auf den kleinsten gemeinsamen Nenner. Notwendige laufende Verbesserungen werden mit Verweis auf das Revisionsprojekt Tarmed 2010 verschoben.

Aufwertung der Grundversorgung – schwieriges Ziel für die FMH allein

Ein grundlegender Zielkonflikt besteht zwischen der finanziellen Aufwertung der Grundversorger und der Kostenneutralität. Historische Unterschiede zwischen den Kantonen wurden mit der Kostenneutralität weitergeführt. Bezüglich Einkommensunterschiede nach Fachspezialitäten zeigt die Analyse, dass diese zwischen 2003 und 2006 zugenommen statt abgenommen haben. Der EFK ist aufgefallen, dass in den Verhandlungen kurz vor der im 2004 umgesetzten Version des Tarmed, auf Druck der operativ tätigen Ärzteschaft, Verbesserungen zu Gunsten der Spezialisten vorgenommen wurden („Tarmed-Reengineering“). Zum Beispiel wurden Vergütungen für Leistungen im Operationsaal erhöht. Für die FMH ist die finanzielle Aufwertung der numerisch starken Grundversorger ein schwieriges Ziel, da es bedeutet, dass Teile der Einkommensgrundlagen von operativ tätigen Fachrichtungen reduziert werden müssen.

Empfehlungen: Verhandlungsprimat ja, aber mit der Möglichkeit für den Bund provisorische Massnahmen zu treffen

Die EFK will am Verhandlungsprimat festhalten, erachtet es aber als notwendig die Rolle des Bundes zu stärken. Die gegenwärtige „ex-ante Genehmigung“ durch den Bundesrat und die materielle Kontrolle der Tarifstruktur durch das BAG sind sehr formell. Der Bund kommt erst ins Spiel, wenn die Tarifpartner eine Lösung gefunden haben. Der Bundesrat hat gegenwärtig keine gesetzliche Grundlage einzugreifen, wenn Blockierungen und Tarifierungsprobleme vorliegen. Die Eidgenössische Finanzkontrolle schlägt folgende Massnahmen vor:

1. Der Bundesrat soll seine gesetzliche Kompetenz besser nutzen und Grundsätze für die Anpassung der Tarife aufstellen.
2. Bei fehlender Einigung der Tarifpartner soll der Bundesrat vorläufige Tarifierungslösungen durchsetzen.
3. Die Verrechnung durch Analogiepositionen ist zu verbieten. Provisorische Tarifierungslösungen müssen rasch gefunden werden.
4. Der Preisüberwachung muss der Status als Beobachter in Tarmed Suisse gewährt werden. Bei fehlender Einigung der Tarifpartner innert einer festgesetzten Frist, soll er die problematischen Fälle dem Bundesrat zur vorläufigen Tarifierung weiterleiten.
5. Der Bundesrat soll ein Konzept für die statistische Analyse der verrechneten und vergüteten ärztlichen Leistungen ausarbeiten lassen.
6. Der Bundesrat muss eine Vereinfachung der Rechnungen an die Patienten verlangen damit die Möglichkeit einer Kontrolle gewährleistet wird, wie das im KVG vorgeschrieben wird.

Die Empfehlung des Bundesrates kantonal einheitliche Taxpunktwerte anzustreben, wurde auch acht Jahre später nicht befolgt. Es gibt auch heute noch keine konkreten Pläne wie diese Empfehlung umzusetzen ist.

Stellungnahmen zu den Empfehlungen der EFK

Die Stellungnahmen zu den Empfehlungen der EFK sind uneinheitlich. Sie befinden sich im Anhang 9 dieses Schlussberichts, der in der Zwischenzeit noch lektoriert wurde.

Während Santésuisse, die kantonale Gesundheitsdirektorenkonferenz, das Bundesamt für Statistik und die Preisüberwachung die betreffenden Empfehlungen grundsätzlich begrüßen und spezifische Verbesserungen vorschlagen, zeigen sich die FMH und besonders das BAG kritisch. Die wichtigste Divergenz betrifft die Stärkung der Rolle des Bundes. Das KVG gebe den Tarifpartnern einen Rahmen aber die Tarifautonomie sei das massgebende Prinzip. Die Empfehlung zur vorläufigen Tarifierung, wenn die Tarifpartner nicht einig sind, wird kritisiert, da der Bundesrat gleichzeitig Genehmigungsbehörde sei. Es brauche keine Sonderlösung zu Tarmed im KVG, welches auch andere Tarife regelt. Die Empfehlung zum Verbot der Verrechnung durch Analogiepositionen wird kritisiert, insbesondere da der Bericht keine Würdigung der Bedeutung dieses Problems wiedergibt.

Die EFK hält dennoch an ihren Empfehlungen fest. Aufgrund der geforderten Einstimmigkeit der Tarifpartner in Tarmed Suisse blockieren sie sich bis zur vollständigen Untätigkeit. Ziel der Empfehlungen ist die vom Bericht festgestellten Schwachpunkte zu beheben und die Identifizierung von Tarifproblemen zu erleichtern. Es ist zu vermeiden, dass Tarmed schnell obsolet wird. Geradeso kann das Verhandlungsprimat gewährleistet werden. Der Bundesrat soll seine gesetzliche Grundlage im KVG (Art. 43 Abs. 7) nutzen und Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Mit Hilfe des BAG und der Preisüberwachung soll der Bundesrat seine gesetzliche Aufgabe (Art. 46 Abs. 4) bei der Prüfung des Gebots der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit des Tarifvertrags effektiv erfüllen. Die Tarifstruktur und die Anzahl Taxpunkte pro Position gehören dazu. Der Taxpunktwert und die detaillierte Umsetzungsmodalitäten bleiben hingegen in der Kompetenz der Kantone.

Die EFK unterstützt die meisten anderer Anliegen der Stellungnahmen. Insbesondere sollen die notwendigen zusätzlichen Ressourcen geklärt werden. Eine eventuelle Änderung der gesetzlichen Grundlagen betreffend Datenlieferungen an das Bundesamt für Statistik und Gewährleistung der Rolle der Preisüberwachung als Beobachter in Tarmed Suisse soll geprüft werden.

Wegen der uneinheitlichen Meinungen bei Bundesbehörden und Tarifpartnern besteht für die Finanzdelegation, und sodann für die Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des Parlaments Handlungsbedarf.

Tarmed - le tarif des prestations médicales ambulatoires

Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération

L'essentiel en bref

Tarif à l'acte unifié pour l'ensemble du pays: un réel pas en avant

Depuis le 1^{er} janvier 2004, après plus de quinze ans de travaux complexes sur les plans technique et organisationnel, les partenaires tarifaires appliquent le Tarmed (=Tarif Médical) pour facturer les prestations médicales ambulatoires fournies dans les cabinets médicaux et les hôpitaux de toute la Suisse. Le Tarmed s'est substitué aux 26 tarifs cantonaux. Près de 6 milliards de francs sont désormais facturés annuellement au moyen du Tarmed dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) et environ 1 milliard dans les trois autres assurances sociales (2007). Le Tarmed recense quelque 4'300 prestations différentes (positions tarifaires), ce qui en fait le tarif à l'acte le plus détaillé au monde.

Le CDF évalue la réalisation des objectifs du Tarmed

Conformément à son programme annuel 2008, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a procédé à une évaluation de la réalisation des objectifs du Tarmed. Ses conclusions sont les suivantes :

- **Objectif de réalité des coûts:** partiellement atteint. La réalité des coûts est fortement mise en question en raison de solutions souvent négociées (surtout les minutages) et du manque ou de l'obsolescence de bases de calcul empiriques. Les partenaires tarifaires en sont conscients et jugent urgente une révision de fond.
- **Objectif de transparence:** atteint. Le potentiel offert par les données disponibles n'est cependant pas exploité pour des analyses objectives, par exemple pour améliorer la réalité des coûts. Au contraire, les partenaires tarifaires se disputent au sujet de la validité des données lorsqu'elles ne proviennent pas de leur propre base de données. Les statistiques existantes sont incomplètes.
- **Objectif de revalorisation financière des actes médicaux:** plutôt pas atteint, sauf pour la psychiatrie. Les consultations plus longues sont certes un peu mieux rémunérées que par le passé, mais les écarts de revenu entre les spécialités techniques et la médecine de premier recours se creusent au lieu de se combler.
- **Objectif de neutralité des coûts:** atteint. Les partenaires tarifaires ont opérationnalisé la neutralité des coûts suivant un modèle approuvé par le Conseil fédéral et ils en assurent le monitoring pour les cabinets médicaux. L'analyse confirme que l'objectif est atteint d'un point de vue statistique, autrement dit que les dépenses augmentent au même rythme qu'avant l'introduction du Tarmed.
- **Objectif de mise à jour du tarif:** pas atteint. Le projet de révision Tarmed 2010 est bloqué depuis des années. Le risque est que les nécessaires corrections annuelles du Tarmed ne soient reportées aux calendes grecques en raison de ce projet de révision.

Primauté des négociations et tarif à l'acte pour l'ensemble du pays

Ce n'est pas la Confédération qui fixe le Tarmed. La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) exige que les assureurs et les fournisseurs de prestations négocient une convention fixant les tarifs et les prix, et que les tarifs à la prestation (ou à l'acte) se fondent sur une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse. Ont développé le Tarmed, pour le compte des quatre assurances sociales, les associations suivantes :

- santésuisse: association faîtière des assureurs-maladie suisses
- FMH: Fédération des médecins suisses
- H+: association faîtière des hôpitaux suisses
- CTM: Commission des tarifs médicaux pour la loi sur l'assurance-accidents, avec son secrétariat, le Service central des tarifs médicaux

Durant les années nonante, les quatre partenaires tarifaires ont articulé le chiffre de 7 millions de francs pour le développement du Tarmed. Ce dernier a été vendu pour plusieurs millions de francs à la *Deutsche Kassenärztliche Bundesvereinigung* (fédération allemande des médecins conventionnés).

Réalité des coûts: méthode et précision sont au rendez-vous, mais quelques faiblesses caractérisées subsistent

La LAMal exige que les tarifs soient structurés de manière appropriée, selon les principes de la gestion d'entreprise. L'ordonnance d'application précise qu'un tarif ne peut couvrir, au plus, que les coûts justifiés de manière transparente et qui sont nécessaires à la fourniture efficiente des prestations. Dans le présent rapport, ces aspects sont regroupés sous le terme de «réalité des coûts».

Pour créer la structure tarifaire, il a tout d'abord fallu établir le catalogue complet des prestations médicales, puis les partenaires tarifaires ont conçu des modèles et réalisé des relevés pour fixer des prix selon les principes de la gestion d'entreprise. Le Tarmed constitue un réel pas en avant puisque les prestations médicales ambulatoires peuvent désormais être facturées sur la base de critères uniformes dans tout le pays. Chaque minute d'activité du médecin a ainsi un prix précis et transparent, ce qui autorise une comparaison objective des prestations facturées.

Les modèles et les valeurs de référence utilisés dans les calculs économiques des prestations médicales et techniques ont été examinés, révélant des faiblesses significatives dans la réalité des coûts du Tarmed:

- Il n'y a pas de systématique dans la fixation des minutages, à savoir du temps nécessaire à l'accomplissement d'une prestation. Il n'existe ni critères ni méthodes transparents et généralement acceptés pour déterminer les minutages.
- Certains taux de productivité utilisés dans le calcul des prestations médicales ne sont pas justifiables.
- Les différences intercantionales concernant la valeur du point tarifaire devraient uniquement refléter des écarts de coûts, comme les salaires et les loyers. L'analyse montre pourtant que les différences constatées sont plutôt de nature historique.
- Grande marge discrétionnaire des médecins dans la facturation: possibilité de facturer des positions groupées ou de manière détaillée, possibilité de combiner facturation au temps et

à l'acte, chevauchement des minutages de certains actes s'ils sont fournis durant la même séance.

- Difficulté pour les patients de contrôler les factures établies selon le Tarmed, alors que la LAMal le prévoit. Pratiquement dix ans après l'entrée en force du Tarmed, les factures regorgent toujours de codes et de détails incompréhensibles tandis que des informations essentielles, comme le temps total facturé, n'y figurent pas.
- Malgré un catalogue de prestations détaillé comprenant environ 4'300 positions tarifaires, des positions par analogie sont toujours utilisées pour certaines prestations pas encore tarifées. Même des prestations qui ont été intégrées dans le catalogue de prestations remboursées par la LAMal ne sont toujours pas tarifées dans le Tarmed.
- Pour les positions du tarif à l'acte, les chiffres d'affaires et le revenu peuvent être améliorés par des gains de productivité (temps réel inférieur au minutage), tandis que cela n'est pas possible pour les positions tarifaires en unités de temps.

Les bénéficiaires de ces faiblesses sont les disciplines à profil plutôt technique, tandis que la médecine de premier recours, qui facture ses prestations plutôt par unités de temps, est désavantagée.

Etudes de cas réalisés: grande marge de manœuvre pour les fournisseurs de prestations

Le CDF a fait analyser l'évolution et la réalité des coûts pour onze groupes de prestations dans le cadre d'études de cas concrets. Les résultats concernent avant tout les cabinets des médecins parce que les données ambulatoires des hôpitaux ne permettent pas un regroupement par groupe de prestations. Dans certains groupes de prestations, la rémunération est jugée plutôt faible et plutôt élevée pour d'autres. Une analyse exhaustive de la réalité des coûts ne sera possible que lorsqu'on disposera aussi – en plus des données du Tarmed par groupes de prestations (prix) – de données représentatives sur les coûts d'un cabinet géré de façon efficace. Le modèle de tarification se réfère à un cabinet individuel et non à un cabinet de groupe (réseau de médecins).

Les facteurs principalement responsables des rémunérations trop élevées sont les suivants:

1. Le minutage, soit le temps en minutes prévu pour l'exécution d'un acte, est trop important: plus le minutage est important, plus la rémunération de la prestation est élevée.
2. Les taux de productivité imputables sont trop faibles: plus le facteur de productivité est bas, plus la rémunération est élevée. Si, dans les faits, le médecin est plus efficace, son revenu augmente.

Les facteurs principalement responsables des rémunérations trop faibles sont les suivants:

1. Les valeurs de référence pour les prestations techniques, qui datent des années nonante, sont obsolètes.
2. La baisse de la valeur du point tarifaire: la valeur moyenne du point se situe à Fr. 0.89 au lieu de Fr. 1.- comme le modèle de calcul le prévoyait.
3. La diminution de moitié de la rémunération pour les cinq dernières minutes de consultation qui a été décidée en 2000.

Exigences légales élevées pour l'approbation par le Conseil fédéral

Selon la LAMal, la structure de Tarmed doit s'appliquer à toute la Suisse et doit être approuvée par le Conseil fédéral, après que celui-ci a vérifié qu'elle était conforme à l'équité et au principe d'économicité. Lors de la ratification de la première version du tarif, la Surveillance des Prix avait

énoncé des recommandations à l'intention du Conseil fédéral au sujet des calculs du Tarmed. Le Conseil fédéral a approuvé le tarif alors que les partenaires tarifaires n'avaient mis en œuvre que quelques-unes de ces recommandations.

Lors des contrôles matériels de l'économicité de Tarmed, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui est compétent en la matière, met l'accent sur le caractère économiquement supportable de l'augmentation prévisible des primes d'assurance. L'économicité des prestations ou des groupes de prestations n'est *de facto* pas contrôlée.

L'OFSP ne dispose ni d'un concept ni des ressources nécessaires pour contrôler l'économicité des prestations du Tarmed.

Nécessaire mise à jour du tarif négligée - révision 2010 constamment ajournée

Les partenaires tarifaires, de par leur fonction au sein de Tarmed Suisse, ont la responsabilité d'actualiser le tarif. Au cours du temps, cette activité s'est toutefois limitée à de petites adaptations de positions tarifaires. De ce fait, la réalité des coûts du Tarmed part à la dérive. Les partenaires tarifaires sont cependant unanimes quant à la nécessité d'une révision de fond du tarif. Le projet de révision Tarmed 2010 existe depuis trois ans, mais uniquement sous forme d'esquisse, le projet lui-même étant bloqué. H+ et surtout la FMH, veulent mettre l'accent sur la fixation du tarif d'après les règles applicables en économie d'entreprise, tandis que santésuisse exige la conclusion d'une convention sur le contrôle des coûts avant d'entamer les travaux de révision. Dans ces circonstances, vu que toutes les décisions de Tarmed Suisse doivent être prises à l'unanimité, le projet Tarmed 2010 est bloqué et la mise à jour du tarif se limite au plus petit dénominateur commun. Toutes les améliorations courantes sont reportées en prétextant la révision Tarmed 2010.

Revalorisation de la médecine de premier recours – un objectif difficile pour la FMH

Il existe un conflit d'objectifs fondamental entre le but poursuivi, qui consiste à revaloriser financièrement la médecine de premier recours, et l'objectif de neutralité des coûts. Des différences historiques entre les cantons ont été perpétuées du fait de la neutralité des coûts. En ce qui concerne les différences de revenu selon la spécialité, l'analyse montre qu'entre 2003 et 2006 celles-ci se sont accrues au lieu de diminuer. Le CDF a constaté que lors des négociations menées peu avant l'adoption de la version du Tarmed mise en application en 2004, des améliorations en faveur des spécialistes ont été apportées sous la pression des médecins spécialistes (*Reengineering* du Tarmed). La rémunération des prestations fournies en salle d'opération a par exemple été augmentée. Pour la FMH, la revalorisation financière de la médecine de premier recours, qui est aussi la plus forte numériquement, est un objectif qui relève de l'impossible, car elle implique une réduction substantielle du revenu des médecins spécialistes.

Recommandations: primauté des négociations oui, mais avec la possibilité pour la Confédération d'imposer des mesures provisoires

Le CDF ne conteste pas le principe de la primauté des négociations, mais il juge nécessaire de renforcer le rôle de la Confédération. Dans le système actuel, l'approbation *ex ante* par le Conseil fédéral et le contrôle matériel de la structure tarifaire par l'OFSP sont très formels. La Confédération intervient donc seulement une fois que les partenaires tarifaires ont trouvé une solution. Actuellement, le Conseil fédéral ne dispose d'aucune base légale pour intervenir en cas

de blocages ou de problèmes de tarification. Le Contrôle fédéral des finances propose donc les mesures suivantes:

1. Le Conseil fédéral doit utiliser ses compétences légales de fixation de principes pour la révision du tarif.
2. A défaut d'accord entre les partenaires tarifaires, le Conseil fédéral doit pouvoir imposer des solutions de tarification provisoires.
 1. La facturation au moyen de positions par analogie doit être interdite. Des tarifications provisoires doivent être trouvées rapidement.
 2. La Surveillance des prix doit obtenir le statut d'observateur au sein de Tarmed Suisse. A défaut d'accord entre les partenaires tarifaires dans un délai fixé, il devrait avoir la compétence de renvoyer les cas problématiques au Conseil fédéral en vue d'une tarification provisoire.
3. Le Conseil fédéral doit faire établir un concept pour l'analyse statistique des prestations médicales facturées et remboursées.
4. Le Conseil fédéral doit imposer une simplification des factures adressées au patient de manière à ce qu'elles puissent être plus facilement contrôlées.

La recommandation du Conseil fédéral formulée il y a déjà huit ans au sujet de l'harmonisation de la valeur du point tarifaire au niveau cantonal n'a toujours pas été suivie et il n'existe aucun plan concret, à ce jour, pour la mettre en œuvre.

Prises de positions sur les recommandations du CDF

Les prises de positions sont hétérogènes. Elles figurent à l'annexe 9 de ce rapport final qui a fait l'objet d'un lectorat dans l'intervalle.

Santésuisse, la Conférence des directeurs cantonaux de la santé les approuvent de manière générale, ainsi que l'Office fédéral de la statistique et la Surveillance des prix pour les recommandations qui les concernent. Différentes propositions sont formulées pour les améliorer. Par contre, la FMH et, particulièrement, l'Office fédéral de la santé publique se montrent critiques.

La principale divergence concerne le renforcement du rôle de la Confédération. La LAMAL fixerait seulement un cadre et l'autonomie tarifaire des acteurs serait le principe fondamental. La recommandation demandant une tarification provisoire à défaut d'accord entre les partenaires tarifaires est critiquée en raison du double rôle qu'aurait le Conseil fédéral qui est aussi l'autorité d'approbation. La LAMAL, qui régit également d'autres tarifs, ne devrait pas prévoir de dispositions spécifiques pour Tarmed. L'interdiction de la facturation par analogie est critiquée car, selon la FMH, elle concerne des cas dont l'importance n'est pas précisée dans le rapport.

Le CDF maintient cependant ses recommandations. En raison du droit de veto dont ils disposent au sein de Tarmed Suisse, les partenaires se bloquent mutuellement au risque d'une rupture complète. L'objectif des recommandations est de corriger les faiblesses identifiées par le rapport, de faciliter l'identification des problèmes de tarification, d'éviter une obsolescence rapide de Tarmed et ainsi de préserver l'autonomie tarifaire des partenaires. Le Conseil fédéral doit utiliser ses compétences juridiques prévues par la LAMAL (art. 43, al. 7) et établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et améliorer leur



adaptation. Avec l'aide de l'OFSP et de la Surveillance des prix, le Conseil fédéral doit s'acquitter de son obligation légale de vérifier que la convention tarifaire soit conforme à la loi et à l'équité (art. 6, al. 4). Le nombre de points par position tarifaire est inclus dans cet examen. La valeur du point et différentes modalités de détail pour la mise en œuvre restent de la compétence des cantons.

Le CDF soutient notamment la plupart des autres propositions émanant des prises de position, notamment celle de clarifier les ressources supplémentaires nécessaires, ainsi que l'examen d'une modification des dispositions légales relatives à la fourniture de données à l'Office fédéral de la statistique et à la possibilité d'octroyer un rôle d'observateur au sein de Tarmed Suisse à la Surveillance des prix.

En raison des divergences d'opinion au sein de l'administration fédérale et des partenaires tarifaires, le CDF juge nécessaire l'intervention de la Délégation des finances et ensuite des Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Parlement.

Texte original en allemand

Tarmed – the tariff system for out-patient medical services

Evaluation of the achievement of goals and the federal government's role

Key facts

A nationwide fee-for-service tariff system – a significant achievement

After more than 15 years of complex technical and organizational work by the tariff partners, Tarmed (*tarif médical*) has been used since 1.1.2004 for the invoicing of all out-patient medical services, both in doctors' practices and in hospitals throughout Switzerland. Thanks to Tarmed, the 26 obsolete cantonal tariff systems became dispensable. Roughly CHF 6 billion are invoiced via Tarmed annually in compulsory health insurance and approximately CHF 1 billion annually in the other three social insurances (2007). Tarmed consists of approximately 4,300 individual services (tariff items) and represents the most extensive fee-for-service catalogue in the world.

Achievement of Tarmed's goals evaluated by the SFAO

Pursuant to its 2008 annual programme, the Swiss Federal Audit Office (SFAO) performed an evaluation of the achievement of Tarmed's goals, with the following results:

- **Goal of cost realism:** partially achieved. Due to negotiated solutions in certain areas and obsolete or missing calculation foundations, cost realism is very much called into question. The tariff partners agree on one thing: a thorough revision is urgently needed.
- **Goal of improved transparency:** achieved. The potential of the now available data is not being used for objective analyses (e.g. to improve cost realism), however. Instead, the tariff partners are arguing about the validity of data that does not originate from their own database ("data parity"). The existing statistics are incomplete.
- **Goal of financial upgrading of medical services:** not really achieved, with the exception of psychiatry. While longer consultations are remunerated slightly better than in the past, the income differences between technical specialists and basic suppliers is increasing rather than decreasing.
- **Goal of cost neutrality:** achieved. Cost neutrality was operationalized by the tariff partners (approved by the Federal Council) and monitorized in doctors' practices. The analysis confirms that the goal has been achieved in a statistical sense, i.e. the expenditures are increasing at the same rate as before the introduction of Tarmed.
- **Goal of tariff adjustments:** not achieved. The Tarmed 2010 revision project has been blocked for years, and there is a danger that the required annual corrections to Tarmed will be delayed indefinitely with reference to this revision project.

Primacy of negotiation and nationwide fee-for-service system

Tarmed is not a tariff prescribed by the Confederation. The Health Insurance Act requires tariffs and prices to be negotiated in agreements between insurers and service providers. A nationwide, uniform tariff structure with respect to fee-for-service tariffs is intended. The following associations have developed Tarmed on behalf of the four social insurances:

- Santésuisse: Association of Swiss Health Insurers
- FMH: Swiss Medical Association
- H+: Association of Swiss Hospitals



- MTK: The Medical Tariff Commission pursuant to the Accident Insurance Act, with its secretariat, the Central Service for Medical Tariffs

The four tariff partners developed Tarmed at their own risk and expense; in the 1990s, they spoke of a CHF 7 million development project. Tarmed was sold to the National Association of Statutory Health Insurance Physicians for several million francs.

Cost realism: Systematic and precise, but several striking weaknesses

The Health Insurance Act provides that tariffs be structured appropriately and calculated according to business management criteria. The associated ordinance further provides that at most the costs transparently accounted for which are required for efficient provision of services shall be included in the tariff. These elements are referred to as "cost realism" in this report.

When the tariff structure was established, the catalogue of all medical services was first compiled, then models and surveys were designed for the tariff partners to determine prices according to business management criteria. Tarmed represents major progress: out-patient medical services are invoiced according to uniform criteria throughout Switzerland. Every minute of medical action now has a specific, comprehensible price. This ensures objective comparability of the invoiced services.

The models and key data for the business management calculations of the medical and technical services were examined, and the following significant weaknesses in Tarmed's cost realism were found:

- Unsystematic determination of time values, i.e. of the times required to perform a service. Transparent and (universally) accepted criteria and methods for the time values are missing.
- Some productivity factors included in the calculation of the medical services are not comprehensible.
- Different tariff point values should only reflect cantonal cost differences such as wages and rents. The analysis shows, however, that the differences in the tariff point values are due to historical factors.
- Substantial leeway for doctors with respect to invoicing, with possibilities such as: all-inclusive (or pooled) and separate invoicing, invoicing of time items and action items, overlaps in the time values of individual items.
- Lack of possibilities for patients to check the Tarmed invoices, although required by the Health Insurance Act. Even after nearly ten years of Tarmed, the invoices are still full of incomprehensible codes and details. Key information, such as the total invoiced time, is missing.
- Despite an extensive catalogue of services with approximately 4,300 tariff items, analogous items for certain services that have not (yet) been tarified are still being used. Even services included in the service catalogue for compulsory health insurance by the responsible commission are still not tarified in Tarmed.
- In the case of action items, the turnovers and income may be increased by productivity gains (lower actual times than specified time values); in the case of time-tariff services, such productivity gains are not possible.

Technically oriented disciplines benefit from these weaknesses, while basic providers – who largely invoice according to time items – are disadvantaged by them.

Examined case studies – substantial leeway for service providers

The SFAO commissioned an examination of the cost development and cost reality of 11 service packages by means of case studies. For some service packages, the remuneration is considered to be rather low, while it is considered to be rather high for others. A conclusive evaluation of cost realism is only possible if, in addition to Tarmed data per service package (prices), representative cost data of an efficiently run practice are also available. The tariff model is based on an individual practice, not a group practice (network of physicians).

1. Too high remunerations can be explained mainly with reference to the following factors:
2. Too high time values i.e. specified times in minutes for the performance of a service: the higher the time value, the higher the remuneration for the service.
3. Too low productivity factors: the lower the productivity factor, the higher the remuneration. If the physician is in fact more efficient, his or her income increases.

Too low remunerations can be explained mainly with reference to the following factors:

1. Key data for the technical services are from the 1990s with obsolete foundations
2. Reduction of tariff point value: the average is CHF 0.89 instead of CHF 1, which was used as a basis for the calculation model
3. Halving of the remuneration for the last 5 consultation minutes, which was approved in 2000

High legal requirements for approval by Federal Council

The Health Insurance Act provides that the Tarmed fee-for-service system shall apply throughout all of Switzerland and that the Federal Council shall approve the tariff agreement, once it has verified economic efficiency and equitableness. When the first version was approved, the Price Supervisor issued recommendations to the Federal Council for calculating Tarmed. Although only a few recommendations were implemented by the tariff partners, the Federal Council approved the tariff schedule.

The lead agency, the Federal Office of Public Health (FOPH), emphasizes the foreseeable impact on premiums when conducting its material review of the tariff's economic efficiency. The economic efficiency of the individual services or service packages is de facto not reviewed.

For its review of the economic efficiency of Tarmed services, the FOPH has neither a concept nor the necessary resources.

Necessary tariff adjustments are neglected – 2010 revision delayed indefinitely

The tariff partners, in their role as Tarmed Suisse, are responsible for ongoing tariff adjustments. In recent years, however, these have been limited to minor adjustments to individual items. Tarmed is thus moving continuously away from cost realism. The tariff partners agree, however, that a fundamental revision of Tarmed is necessary. The revision project Tarmed 2010 has existed for three years, but only as a project outline; the project itself is blocked. H+ and especially FMH emphasize correct measurement in terms of business management, while Santésuisse is demanding that an agreement on cost management be concluded before the revision is undertaken. Since all decisions by Tarmed Suisse must be made unanimously, Tarmed 2010 is

blocked, and tariff adjustments are limited to the lowest common denominator. Necessary ongoing improvements are delayed with reference to the Tarmed 2010 revision project.

Upgrading of basic supply – difficult goal for FMH alone

A fundamental conflict of goals exists with respect to the cantonal policy goal of financially upgrading basic suppliers and cost neutrality. Historical differences between the cantons persist due to cost neutrality. With respect to income differences according to specialities, the analysis shows that such differences have increased instead of decreased between 2003 and 2006. The SFAO has noted that improvements for the benefit of specialists were undertaken in the negotiations shortly before the 2004 Tarmed version, due to pressure from the operationally active physicians ("Tarmed reengineering"). For instance, remuneration for services in the operating theatre was increased. For the FMH, the financial upgrading of the numerically stronger basic suppliers is a difficult goal, since it means that some of the income basis of operationally active specialities must be reduced.

Recommendations: Yes to primacy of negotiation, but with the possibility for the federal government to take provisional measures

The SFAO wants to retain the primacy of negotiation, but believes it necessary to strengthen the role of the federal government. The current "ex ante approval" by the Federal Council and the material control by the FOPH are very formal. The federal government only enters the picture once the tariff partners have found a solution. The Federal Council currently has no legal basis for intervening when action is blocked and tariffing problems arise. The Swiss Federal Audit Office recommends the following measures:

1. The Federal Government should make better use of its legal competence and set out principles for tariff adjustments.
2. Where the tariff partners fail to reach agreement, the Federal Council should enforce provisional tariff solutions.
3. Invoicing using analogous items should be prohibited. Provisional tariff solutions must be found more quickly.
4. The Price Supervisor should be given observer status in Tarmed Suisse. Where the tariff partners fail to reach agreement within a specified time period, the Price Supervisor should forward problematic cases to the Federal Council for provisional tariffing.
5. The Federal Council should commission a concept for the statistical analysis of the invoiced and remunerated medical services.
6. The Federal Council must impose simplification of the invoices sent to patients so that they can be checked more easily, as provided by the Health Insurance Act.

The recommendation by the Federal Council to strive for uniform tariff point values across cantons has still not been pursued eight years later. Even today, there are no concrete plans on how to implement this recommendation.

Statements on the recommendations of the SFAO

The statements on the recommendations of the Swiss Federal Audit Office are diverse. They can be found in annexe 9 of the final report which, in the meantime, has been proof-read.



While Santésuisse, the Conference of Cantonal Health Directors, the Federal Office of Public Health (FOPH), the Swiss Federal Statistical Office, and the Price Supervisor welcome the respective recommendations in principal and suggest specific improvement, the Swiss Medical Association and even more so the FOPH have raised objection. The main discrepancy concerns the upgrading of the role of the Confederation. The Health Insurance Act may serve as a framework for the tariff partners, but tariff autonomy was the relevant principle. The recommendation to apply preliminary tariffing when the tariff partners can't come to an agreement is objected to because of the concurrent role of the Federal Council as the regulatory authority. No special solution was required for Tarmed in the Health Insurance Act, which regulates other tariffs as well. The recommendation that prohibits invoicing using analogous items is received critically, mostly because the report does not appraise the meaning of this problem.

Nevertheless, the SFAO adheres to its recommendations. Due to the required unanimous agreement of the tariff partners in Tarmed Suisse, they block each other to the degree of complete inaction. The intention of the recommendations is to eliminate the weak points stated in the report and to facilitate the identification of tariff problems. Preventing Tarmed from rapidly becoming obsolete is precisely how the primacy of negotiation can be ensured. The Federal Council must make use of its legal justification contained in the Health Insurance Act (Art. 43 para.7) by establishing the principles aimed at an economic calculation and an appropriate structure, and also for the adjustment of the tariff. With the support of the FOPH and the Price Supervisor, the Federal Council must effectively fulfil its legal assignment (art. 46 para. 4) in supervising the maxim of profitability and equity of the tariff contract. The tariff structure and the number of tariff points for each position are a part of that. On the other hand, the tariff point value and the detailed implementation modalities remain in the responsibility of the Cantons.

The SFAO supports most other concerns expressed in the statements. First and foremost, the necessary additional resources need to be assessed. A possible amendment to the legal foundations regarding data supply to the Swiss Federal Statistical Office and ensuring the Price Supervisor's role as observer in Tarmed Suisse is to be considered.

In view of the diverse opinions expressed by the federal authorities and the tariff partners, there definitely is a significant need for action for the Finance Delegation and, subsequently, for the parliamentary Commissions of Social Security and Health.

Original text in German

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Warum dieses Thema?	4
1.2	Erster gesamtschweizerischer Tarif für ärztliche Leistungen	5
1.3	Tarmed-Vergütungen und Gesundheitskosten	7
1.4	Zentrale gesetzliche Bestimmungen	7
1.5	Die Tarifpartner und andere Beteiligte	8
1.6	Wie kam es zu Tarmed?	10
1.7	Methodisches Vorgehen	13
1.8	Die elf Fallstudien der Evaluation	15
2	Entspricht Tarmed der Kostenrealität?	19
2.1	Definition von Kostenrealität	19
2.2	Die betriebswirtschaftliche Berechnung von Tarmed	20
2.3	Das Modell für die Bewertung der ärztlichen Leistung (AL)	21
2.4	Die Bewertung der technischen Leistungen (TL)	26
2.5	Die Taxpunktwerte sind eine klare Ausnahme vom Kostenrealitätsprinzip	34
2.6	Kostenrealität der Fallbeispiele: Zusammenfassung	35
2.7	Test des Tarmed Modells - wird das Referenzeinkommen erreicht?	38
2.8	Fazit: Grosse Fortschritte, aber problematische Eckwerte und Inkohärenzen	40
3	Bringt Tarmed verbesserte Transparenz?	42
3.1	Transparenz für wen und wozu?	42
3.2	Transparenz der Berechnungsmodelle für die Tarifpartner	43
3.3	Transparenz des Tarifvertrags für die KVG-Genehmigungsbehörde	44
3.4	Transparenz der Rechnungen für die Patienten	46
3.5	Transparenz für die Krankenversicherer und Santésuisse	47
3.6	Transparenz der Gesundheitskosten	48
3.7	Fazit: Verbesserte Transparenz – Potenzial schlecht genutzt	50
4	Wurden die ärztlichen Leistungen durch Tarmed aufgewertet?	52
4.1	Zielformulierung	52
4.2	Getroffene Massnahmen: Was wurde gemacht?	52
4.3	Das Patientengespräch wurde finanziell aufgewertet	53

4.4	Tarmed-Leistungen – Grundversorgung gehört zu den Verlierern	55
4.5	Einkommen der Grundversorger – leichte Verbesserung, aber Ursachen unsicher	59
4.6	Suche nach Ursachen für die geringe Aufwertung der Einkommen der Grundversorger	62
4.7	Test des Modells Tarmed – Was erklärt die Unterschiede zwischen Allgemeinärzten und Spezialisten?	63
4.8	Fazit: Patientengespräch aufgewertet, sonst wenig Fortschritte	64
5	Kostenneutrale Einführung des Tarmed?	66
5.1	Gesetzliche Grundlagen der Kostenneutralität umstritten	66
5.2	Die Durchführung der Kostenneutralität wird den Tarifpartnern überlassen	67
5.3	Kostenneutralität führt zur Aufrechterhaltung des Status-Quo	70
5.4	Fazit: Kostenneutralität führte zu tiefen Starttaxpunktswerten, aber auch zur Aufrechterhaltung des Status-Quo	74
6	Ist die Tarifpflege zuverlässig?	76
6.1	Tarifpflege des Tarmed ist gesetzliches Gebot und ist wichtig	76
6.2	Tarmed Suisse – die Tarifpflege stagniert	77
6.3	Die Verwendung von Analogiepositionen: ein grosses Risiko für Tarmed	80
6.4	Die vorgesehene Tarifrevision Tarmed 2010 ist gescheitert	82
6.5	Die Tarifautonomie begrenzt die Möglichkeiten des BAG	83
6.6	Fazit: Die Tarifpflege ist nicht zuverlässig	87
7	Schlussfolgerungen – Antworten auf die Fragen der Evaluation	89
8	Empfehlungen	96

Anhänge

- Anhang 1 : Rechtsgrundlagen
- Anhang 2 : Bibliographie
- Anhang 3 : Interviews und Gespräche
- Anhang 4 : Begleitgruppe, per Juni 2010
- Anhang 5 : Kennzahlen für die Fallbeispiele
- Anhang 6: Abkürzungen und Begriffe
- Anhang 7: So liest sich eine Tarmed-Rechnung
- Anhang 8: Beispiel einer Rechnung / Rückforderungsbeleg
- Anhang 9: Stellungnahmen

Teilberichte zu diesem Projekt

EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed. Teilbericht zu Modul 4 der Evaluation Tarmed.

EFK (2010): Mise à jour de Tarmed – Examen des processus et du rôle de la Confédération. Annexe séparée au rapport d'évaluation Tarmed. (Nur auf französisch zugänglich)

Infras (2010) : Evaluation Tarmed: Fallbeispiele Hauptbericht.

Infras (2010): Fallstudien Tarmed

- Fallbeispiel 1: „Konsultation und ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten“ - Verfasser EFK
- Fallbeispiel 2: „Konsultation mit Notfall- und Inkonvenienzpauschalen“
- Fallbeispiel 3: „Konsultation mit EKG“
- Fallbeispiel 4: „Besuch mit Wegentschädigung“
- Fallbeispiel 5: „Konsultation mit Refraktionsbestimmung subjektiv“
- Fallbeispiel 6: „Applanationstonometrie“
- Fallbeispiel 7: „Kataraktoperation“
- Fallbeispiel 8: „Gynäkologische präventive Untersuchung“
- Fallbeispiel 9: „Screening Ultraschalluntersuchung bei Schwangerschaft“
- Fallbeispiel 10: „Operative Abortbehandlung bis und mit 12. Schwangerschaftswoche“
- Fallbeispiel 11: „Erstexpertise für Vermittlung von Hörgeräten“

1 Einleitung

1.1 Warum dieses Thema?

Gestützt auf eine Vorabklärung im Jahr 2007 und auf das Jahresprogramm 2008 hat die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) eine Evaluation des Tarmed (= „Tarif médical“) vorgenommen. Das Thema wurde aus folgenden Gründen gewählt:

- Das Thema entspricht den Prioritäten der EFK und erfüllt ihre Auswahlkriterien für die Durchführung von Evaluationen.
- Im Jahr 2005 wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein Bericht über Tarmed publiziert, der empfiehlt, eine unabhängige, systematische Wirkungsanalyse zu Tarmed durchzuführen.¹
- Die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (GPK) hat im Rahmen ihrer Analyse der kostendämpfenden Massnahmen im KVG 2002 empfohlen, Tarmed nach seiner Einführung möglichst bald einer Wirkungsanalyse zu unterziehen.²
- Gemäss Verordnung über die Krankenversicherung Art. 32 Abs. 1 KVV hat das BAG in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft Untersuchungen über den Vollzug und die Wirkungen des KVG durchzuführen - ein Auftrag, zu dessen Erfüllung mit dieser Evaluation teilweise beigetragen werden kann.

Gemäss Evaluationskonzept der EFK vom 12. September 2007 sollen folgende Hauptfragen beantwortet werden:

1. In welchem Ausmass wurden die Ziele des Tarmed erreicht?
2. Entsprechen die Tarmed-Vergütungen der Kostenrealität?
3. Falls zu tief oder zu hoch bewertet, welches sind mögliche Wirkungen?
4. In welchem Ausmass ist die Tarifpflege für Tarmed zuverlässig und zeitgerecht?
5. Sollte der Bund im Prozess der Tarifpflege aktiver oder zurückhaltender sein?

Die Evaluation wurde von einer Begleitgruppe mit Experten aus den betroffenen Organisationen und Verbänden unterstützt (Zusammensetzung der Begleitgruppe siehe Anhang 4). Die Begleitgruppe hatte sich anlässlich ihrer ersten Sitzung zum EFK-Konzept für die Evaluation von Tarmed geäussert. Mit dieser Evaluation sollen Optimierungsmöglichkeiten im Tarmed aufgezeigt und die Rolle des Bundes bei der Tarifgenehmigung und der Tarifpflege kritisch beleuchtet werden. Aus Ressourcengründen war es notwendig, Prioritäten zu setzen. Der Schwerpunkt der vorliegenden Evaluation liegt auf der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), nicht auf den anderen Sozialversicherungen (Unfallversicherung, UV; Militärversicherung, MV; Invalidenversicherung, IV).

Nicht Gegenstand dieser Evaluation sind die Verrechnungspraxis der Ärzte sowie die Wirtschaftlichkeitskontrollen von Santésuisse und den Krankenkassen. Es war im Rahmen dieser Evaluation

¹ Widmer, Thomas / BAG (2005): Tarmed – Vorbereitung einer Wirkungsanalyse über die Einführung sowie die Wirkungen von Tarmed.

² GPK des Ständerates (5. April 2002): Einflussnahme des Bundes auf die Kostendämpfung im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes – Untersuchung anhand von zwei ausgewählten Beispielen.

auch nicht vorgesehen, betriebswirtschaftliche Daten aus Spitälern und Arztpraxen zu erheben (s. Kapitel über die Kostenrealität).

1.2 Erster gesamtschweizerischer Tarif für ärztliche Leistungen

Tarmed ist der gesamtschweizerische Einzelleistungstarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen im Spitalambulatorium und in der Arztpraxis. Seit dem 1. Januar 2004 werden alle ambulanten Arztleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP = „Grundversicherung“) über Tarmed abgerechnet. Für Leistungen der Zusatzversicherungen gelten andere gesetzliche Grundlagen und Tarifbestimmungen. Ambulant erbrachte ärztliche Leistungen zu Lasten der Invalidenversicherung (IV), Militärversicherung (MV) und Unfallversicherungen (UV) werden bereits seit dem 1. Mai 2003 mittels Tarmed abgerechnet. Der Bundesrat hat die gesetzliche Pflicht dafür zu sorgen, dass die Tarifordnungen des KVG mit den anderen Sozialversicherungen koordiniert sind (Art. 43 Abs. 7 KVG).

Die aktuelle Version des Tarmed enthält auf ca. 2'000 A4-Seiten die Tarifierung von aktuell etwa 4'300 Einzelleistungen als Tarifpositionen, davon entfallen ca. 1/3 auf den stationären Bereich.³ Im stationären Bereich wird Tarmed nicht als Tarif, sondern als Grundlage für die Berechnung von Vergütungen von Belegärzten genutzt.⁴

Im Rahmen der Revision des KVG kamen die Eidgenössischen Räte in der Wintersession 2007 überein, die stationäre Behandlung durch Pauschalen abzugelten. Diese Pauschalen sollen in der Regel Fallpauschalen sein, müssen jedoch stets leistungsbezogen sein und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Der Einführungsstermin ist in Abs. 1 der Übergangsbestimmungen der Änderungen des KVG vom 21. Dezember 2007 festgelegt worden.“ Das Projekt wird unter dem Namen SwissDRG gehandhabt.

Ärztliche Leistungen werden fast immer mittels mehrerer Tarmed-Positionen verrechnet. Wenn für eine Behandlung eine exakte Position fehlt, wird mittels sog. Analogiepositionen abgerechnet.⁵

Als Tarifstruktur wird der Katalog aller Positionen mit Taxpunktzahlen (Werterelation), die Parameter und Interpretationsregeln jeder einzelnen Tarifposition bezeichnet.

Berechnung der Taxpunkte - Beispiel

Tarmed bewertet die Leistungen nicht in Franken, sondern in Taxpunkten (TP). Einzelleistungen werden als Tarifpositionen bezeichnet. Bei der Bewertung von Tarifpositionen wird zwischen der ärztlichen Leistungskomponente (AL) und der technischen Leistungskomponente (TL) unterschieden:

- Die AL umfasst die Bewertung der ärztlichen Leistungen inklusive der ersten und zweiten medizinischen Assistenz. Anästhesie-Leistungen werden separat verrechnet.
- Die TL umfasst die Bewertung des nicht-ärztlichen Personals sowie Sachleistungen wie beispielsweise Infrastruktur (Mobilien und Immobilien etc.).

³ Siehe Web-Seite von Tarmed Suisse. Tarmed ist dort als Browser oder als PDF-Datei abrufbar.

⁴ Belegärzte sind in der Regel niedergelassene Ärzte, die in Krankenhäusern Betten "anmieten" und die Einrichtungen des Krankenhauses nutzen. Sie haben die Berechtigung, ihre Patienten im Krankenhaus z.B. stationär zu behandeln und dabei auf die stationären Einrichtungen und Mittel zurückzugreifen.

⁵ Verrechnung mittels Analogieposition bedeutet, dass eine ähnliche Position genutzt wird. Mehr dazu im Kapitel 6.

Die am häufigsten benutzte Position des Tarmed ist die Position 00.0010, Konsultation, erste 5 Minuten (Grundkonsultation). Sie ist auf den meisten Rechnungen / Rückforderungsbelegen zu finden. Nachfolgend eine Abbildung dieser Verrechnungsposition aus dem Tarmedkatalog, wie er online zur Verfügung steht.

Abbildung 1: Tarifstruktur der Pos. 00.0010, Grundkonsultation

00.0010		Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)			00.0010	
quant. Dignität FMH 5 AL (Inkl. Assistenz) 9.57 TP	qual. Dignität Alle Assistenz	Dotation Assistenz	Sparte Sprechzimmer Leistung i.e. Sinne 5 min.	Vor- und Nachbearbeitung	Anästhesie-Risikoklasse Bericht	Leistungsbezogene ärztliche Zusatzzeit
TL 8.19 TP	Raumbelegung 5 min.				Wechsel	
Geschlecht	Leistungstyp Hauptleistung	Behandlungsart	Zuschlag- / Reduktionsfaktor AL 1.00		Zuschlag- / Reduktionsfaktor TL 1.00	
Interpretation						
Beinhaltet alle ärztlichen Leistungen, die der Facharzt in seiner Praxis oder der Arzt bei ambulanten Patienten im Spital ohne oder mit einfachen Hilfsmitteln (etwa Inhalt 'Besuchskoffer') am Patienten hinsichtlich der Beschwerden und Erscheinungen erbringt, derentwegen dieser zum Facharzt kommt, bzw. gebracht wird und hinsichtlich der Beschwerden und Erscheinungen, die während der gleichen Behandlungsdauer auftreten.						
Beinhaltet Begrüssung, Verabschiedung, nicht besonders tarifierte Besprechungen und Untersuchungen, nicht besonders tarifierte Verrichtungen (z.B.: bestimmte Injektionen, Verbände usw.), Begleitung zu und Übergabe (inkl. Anordnungen) an Hilfspersonal betreffend Administration, technische und kurative Leistungen, Medikamentenabgabe (in Notfallsituation u/o als Starterabgabe), auf Konsultation bezogene unmittelbar vorgängige/anschliessende Akteneinsicht/Akteneinträge.						
Regeln						
Alter: -						
Menge: max. 1 mal pro Sitzung -						
Seite: -						
Gesetz: -						
Nicht kumulierbar mit: (00.0060) , (00.0110) , (02.0010) , (02.0020) , (02.0030) , (02.0040) , (02.0050) , (08.0500) , [LG-12]						
Mögliche Zuschlagsleistungen: (00.0020) , (00.0030) , (00.0040)						
Leistungsgruppen: [LG-18] , [LG-58]						

Quelle: Tarmed Version 1.06, in Kraft seit 1.3.2009, siehe www.tarmedsuisse.ch

Der totale Taxpunkt der Grundkonsultation beträgt 17.76 Taxpunkte. Er setzt sich zusammen aus der Vergütung für die ärztliche Leistung AL von 9.57 Taxpunkten und der Vergütung der technischen Leistung TL von 8.19 Taxpunkten. Die Taxpunkte (=relativer Wert) für jede der ca. 4'300 Positionen sind im Tarmed gesamtschweizerisch einheitlich festgelegt. Die Bewertung einer Leistung in Franken entspricht dem Produkt von Taxpunkt und Taxpunktwert.

Wie wird eine Leistung Tarmed bewertet?

Anzahl Taxpunkte der technischen Leistung (TP TL) x Taxpunktwert des Kantons/Bereichs (Taxpunktwert TL)	+	Anzahl Taxpunkte der ärztlichen Leistung (TP AL) x Taxpunktwert des Kantons/Bereichs (Taxpunktwert AL)	=	Totaler Preis einer Leistungsposition
---	---	--	---	---------------------------------------

Im Anhang 7 befindet sich ein Muster einer einfachen Tarmed-Rechnung (inklusive Erklärungen).

Der Preis einer Position variiert jedoch nach Sozialversicherung und in der OKP je nach Kanton und ob die Leistung im Spitalambulatorium oder in einer Arztpraxis (sog. Leistungserbringerbereiche) erbracht wurde. So kostet beispielsweise eine 5-minütige Konsultation in einer Arztpraxis im Kanton BE 25.69 Franken und im Kanton VD 28.57 Franken. Im Jahr 2010 variieren die kantonalen Taxpunktwerte für Arztpraxen zwischen 0.80 Franken (ZG, LU, SZ) und 0.99 Franken (JU, VD) und für Spitalambulatorien zwischen 0.75 Franken (TI) und 0.98 Franken (SZ).

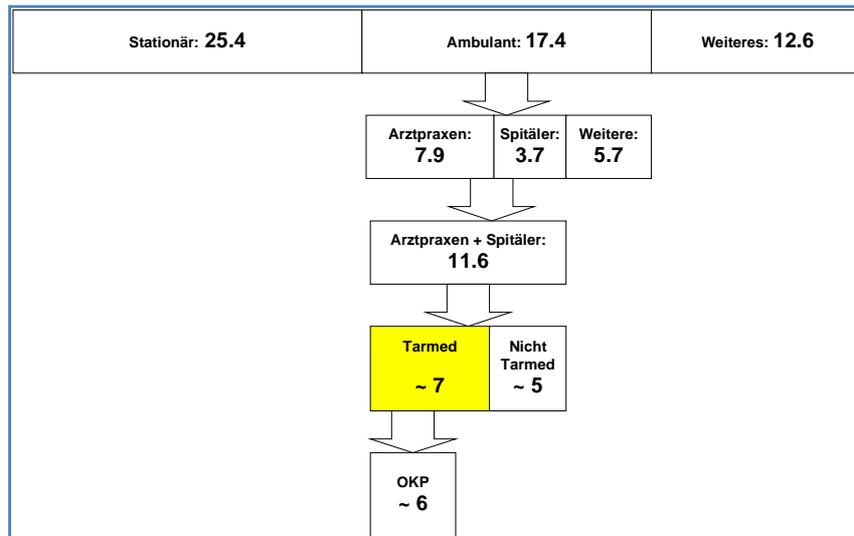
Minutage ist wichtiger Begriff für das Verständnis von Tarmed. Die Minutage bezeichnet die notwendige Zeit für die Ausführung der AL bzw. der TL. Die (normative festgelegte) Minutage ist

nicht das gleiche wie effektive (IST-) Zeit. Im obigen Beispiel ist die Minutage für die AL 5 Minuten, für die TL ebenfalls.

1.3 Tarmed-Vergütungen und Gesundheitskosten

In Abbildung 2 werden die Tarmed-Vergütungen in Beziehung zu den totalen Gesundheitskosten gesetzt. Da es keine Tarmed-Statistik gibt, hat die EFK diese Zusammenhänge selber erarbeitet.

Abbildung 2: Tarmed-Leistungen als Teilkosten des Gesundheitswesens (in Mrd. Franken), 2007



Quelle: EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed. Teilbericht.

Die über Tarmed verrechneten Kosten belaufen sich im Jahr 2007 auf rund 7 Mrd. Franken und entsprechen damit rund 40% der ambulanten Gesamtausgaben des Gesundheitswesens (insgesamt 17.4 Mrd. Franken). Rund 1 Mrd. Franken der über Tarmed abgerechneten Leistungen entfallen auf die Sozialversicherungen ausserhalb der OKP (UV, IV und MV). Nicht über Tarmed abgerechnet werden ambulante Kosten für Analysen, Arzneimittel und Mittel- und Gegenstände (ca. 5 Mrd. Franken).⁶

1.4 Zentrale gesetzliche Bestimmungen

Verhandlungsprimat und Tarifautonomie: Tarife und Preise werden gemäss Krankenversicherungsgesetz KVG „in der Regel“ in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern oder deren Verbänden vereinbart (Art. 41 Abs. 1 und Art. 43 Abs. 4 KVG). Von dieser Hauptregel ausgenommen sind Tarife welche vom BAG/EDI festgelegt werden: die Analysenliste (Populär: Labortarif), die Mittel- und Gegenständeliste (abgekürzt: MiGeL), die Arzneimittelliste mit Tarif sowie die Spezialitätenliste. Diese Tarife werden im Gegensatz zu Tarmed als sog. Amtstarife bezeichnet.

Einheitliche Struktur: Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können die Tarifpartner sich nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest (Art. 43 Abs. 5 KVG).

⁶ Gewisses Verbrauchsmaterial, welches pro Einzelstück Fr. 3.- übersteigt, und welches nicht in MiGel aufgeführt ist, wird ausserdem separat verrechnet.

Genehmigung durch den Bundesrat: Ein Tarifvertrag, welcher in der ganzen Schweiz gelten soll, bedarf der Genehmigung durch den Bundesrat. Der Bundesrat prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG). Vor der Genehmigung hat der Bundesrat gemäss Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes die Preisüberwachung zu konsultieren.

Tarifschutz: Die Leistungserbringer müssen sich an die festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Art. 44 Abs. 1 KVG).

Vertragsfreiheit (bzw. Vertragszwang): Leistungserbringer, welche die gesetzlichen Zulassungskriterien erfüllen⁷, dürfen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung praktizieren. Eine Aufhebung des Vertragszwangs ist mehrmals im Parlament thematisiert worden, sie würde auch den Wegfall von Art. 43 Abs. 5 KVG (einheitliche Tarifstruktur) bedeuten.

Betriebswirtschaftliche Bemessung: Bei Tarifen ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung zu achten (Art. 43. Abs. 4 KVG). Näheres in Kap 2.1.

In der **Botschaft über die Revision der Krankenversicherung** von 1991 zur Einführung der obligatorischen Grundversicherung ist Folgendes über Tarife und Preise zu lesen:⁸

„Von der Art und Weise, wie die Tarife und Preise für die Vergütung von Leistungen in der sozialen Krankenversicherung gebildet und gehandhabt werden, gehen entscheidende Impulse für die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung aus, welche ihrerseits einen wichtigen Teil der Gesamtkostenentwicklung ausmacht.“ Man wollte mit dem neuen KVG „normative Grundlagen für ein kostendämpfendes Eigenverhalten der Tarifpartner abgeben“ (S. 171), und erhoffte sich durch die volle Freizügigkeit der Versicherten und die freie Wahl der Leistungserbringer durch die Versicherten den „Druck in Richtung auf eine möglichst kostengünstige Leistungserbringung zu verstärken“ (S. 173).

Es wird immer wieder diskutiert, ob Tarmed genutzt werden kann, um die Kostenzunahme zu begrenzen (Kostenneutralität, effiziente Praxis, Mengenzunahme, Leikov, Pauschalierungen).

1.5 Die Tarifpartner und andere Beteiligte

Tarmed wurde von folgenden Tarifpartnern (Verbänden) erarbeitet:

- Santésuisse: Der Branchenverband der Schweizer Krankenversicherer (früher „Konkordat Schweizerischer Krankenkassen“ KSK)
- FMH: Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
- H+: Verband der Spitäler der Schweiz (früher „Vereinigung der Schweizer Krankenhäuser“ VESKA)
- MTK: Die Medizinaltarifkommission gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG), mit ihrem Sekretariat, der Zentralstelle für Medizinaltarife (ZMT)⁹

⁷ Siehe KVG Art. 35 bis 40.

⁸ 91.071. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991.

⁹ Die Unfallversicherung, die Invalidenversicherung und die Militärversicherung sind durch die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) in Tarmed-Suisse vertreten. Die MTK befasst sich mit der Regelung aller grundsätzlichen Fragen, die sich aus dem Medizinalrecht und den Medizinaltarifen für die Träger der obligatorischen Unfallversicherung ergeben. Ihre

Santésuisse und MTK vertreten die Versicherer, FMH und H+ vertreten die Leistungserbringer.

Es gibt zwei nationale Rahmenverträge OKP, einen zwischen Santésuisse und FMH, einen zweiten zwischen Santésuisse und H+. Mit Tarmed entstand auch die Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften (KKA, früher G7). Eine ihrer Hauptaufgaben besteht darin, mit Santésuisse die kantonalen Anschlussverträge an die Rahmenverträge auszuhandeln (z.B. Taxpunktwert).

Weitere Beteiligte

Der Bundesrat ist die gesetzliche Genehmigungsbehörde für Tarmed, das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist seit 2004 federführendes Amt bei der Genehmigung der Rahmenverträge und der Prüfung der Tarifstruktur (Wirtschaftlichkeit, Billigkeit).¹⁰ Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) wiederum ist für die Vorbereitung der Bundesratsbeschlüsse zuständig und hat ausserdem die Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) erlassen.

Da Tarmed nicht das Resultat eines wirksamen Wettbewerbs im Sinne des Preisüberwachungsgesetzes (Art. 12) ist, hat die Preisüberwachung Empfehlungsrecht an den Bundesrat bezüglich Genehmigung der Tarifstruktur, und im Bereich UV, IV und MV betreffend Taxpunktwert. An die Kantone hat er Empfehlungsrecht betreffend Taxpunktwert OKP in den Kantonen. Die Preisüberwachung äussert sich auch zu umstrittenen KVG-Tarifen vor dem Bundesverwaltungsgericht. Die zuständige Behörde hat die Stellungnahme der Preisüberwachung in ihrem Entscheid anzuführen, und falls sie der Empfehlung nicht folgt, in der Veröffentlichung ihren abweichenden Entscheid zu begründen (s. Preisüberwachungsgesetz Art. 14). Die Preisüberwachung hat die Möglichkeit genutzt, bei der Überprüfung der Tarifstruktur einzugreifen und die Korrektur kostentreibender Anreize und Mechanismen zu verlangen. Dies hat er in mehreren Stellungnahmen getan.¹¹

Die Schweizerische Patientenorganisation (SPO) ist im Namen der Versicherten Anhörungsinstanz zu den Rahmenverträgen des Tarmed.

Tarmed-Suisse ist Eigner und Verwalter des Tarifs und wird von Leistungserbringern (H+, FMH) und Kostenträgern (Santésuisse, MTK) getragen.

Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat Beobachterstatus in den Gremien von Tarmed-Suisse.

Entscheidungen sind für den Bereich der obligatorischen Unfallversicherung verbindlich. Um die Koordination mit den anderen Sozialversicherungszweigen zu gewährleisten, nehmen die Vertreter der Militärversicherung und Invalidenversicherung als Experten an den Sitzungen der MTK teil. Zur Bewältigung der praktischen Aufgaben steht der MTK die Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT in Luzern) zur Verfügung. Die ZMT wird von der Suva geführt.

¹⁰ Das Geschäftsfeld Kranken- und Unfallversicherung (KUV) wechselte am 1. Januar 2004 vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) ins Bundesamt für Gesundheit (BAG).

¹¹ Büro Vatter (2001): Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, Materialienband 3, Die Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED, Studie im Auftrag der Parlamentarischen Verwaltungskontrollstelle.

1.6 Wie kam es zu Tarmed?

Tabelle 1 : Tarmed Geschichte im Überblick

1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Gesamtrevision des Arzttarifes (GRAT, ab 1986)							Tarmed Genehmigung				Tarmed in Kraft (ab 5.03 IV-UV)								
					Infra Spitäler	β3				T1.1							T1.07		
Bewertung der AL und TL									Überarbeitung (Reengineering)			Tarifpflege							
MTK - FMH						+sas	+ H+	H+, FMH, MTK, sas				Tarmed-Suisse							

Quelle: EFK 2010

Seit 1.4.2010 ist Tarmed in seiner Version 1.07 in Kraft.

Die Tarifpartner ergreifen die Initiative

Mitte der 1980-er Jahre herrschte in der Schweiz ein tarifliches Durcheinander. Nahezu in jedem Kanton wurden ärztliche Leistungen unterschiedlich benannt und bewertet, Vergleiche zwischen ärztlichen Leistungen waren dadurch unmöglich. Für viele Leistungen fehlten Tarifpositionen, weshalb oftmals Analogiepositionen verwendet wurden. Darüber hinaus gab es Tarifverzerrungen und falsche Anreize für die Verrechnung von technischen Leistungen.¹² Die 24 Arzttarife unterstanden dem kantonalen Recht. In der UV, der MV und der IV wurde der sog. „Blaue Tarif“ genutzt, im Spitalsektor kamen der Spitalleistungskatalog (SLK = „Oranger Tarif“) sowie vereinzelt kantonale Lösungen (Pauschalen) zum Einsatz. Für die vorparlamentarische Expertenkommission („Kommission Schoch“), die 1990 zur Vorbereitung des KVG eingesetzt wurde, war Transparenz und Vergleichbarkeit eines der Ziele für die Vereinheitlichung der Tarifstrukturen.¹³ Mit den vom BSV befristeten Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung, wurde ab 1992 ein Tarifstopp verfügt.¹⁴ Dieser bewirkte zusammen mit der Aussicht auf einen nationalen Tarif, dass die kantonalen Tarife nicht mehr angepasst wurden. In der Folge nahmen die Verzerrungen des Bewertungsgefüges zu und führten zu Einkommensdiskrepanzen zwischen den verschiedenen ärztlichen Fachdisziplinen.¹⁵ Da diese Tarife mehr verhandelt als berechnet wurden, bezeichnete man sie auch als „Basartarife“.¹⁶

Im Frühjahr 1986 entschieden sich die FMH und die MTK für eine Gesamtrevision des Arzttarifes (Projekt GRAT). MTK und die damalige VESKA (heute H+) entschieden sich dann auch für die Revision des Spitalleistungskatalogs SLK (Projekt Infra).

¹² BSV (2001): Tarmed ... eine unendliche Geschichte.

¹³ „Durch die Vereinheitlichung der Tarifstrukturen sollen vor allem folgende Ziele erreicht werden:

- Eine angemessene Wertrelation unter den Leistungen aufgrund betriebswirtschaftlicher Bemessungskriterien
- Erhöhte Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen
- Eine bessere Koordination zwischen den Sozialversicherungen
- Ein Beitrag zur Eindämmung der Kosten durch die Einwirkung auf ein wesentliches Element der Preisbildung.“

(Quelle: Bericht der Expertenkommission Schoch vom 2. November 1990: Revision der Krankenversicherung, S. 60).

¹⁴ Siehe BBI 1991, AS 1991 2604 ff., <http://www.vpb.admin.ch/franz/doc/58/58.22.html>.

¹⁵ ZMT (1999): Masterdokumentation, S. 17.

¹⁶ Hans Heinrich Brunner: Analyse der Differenzen zwischen KVG-Tarifen in den Kantonen und UV-/MV-/IV-Taxtpunktwerten in SAEZ 2001;82: Nr. 50.

Die Zielsetzungen des neuen Tarifs waren gemäss der Zentralstelle für Medizinaltarife (ZMT):¹⁷

- Systematische Neustrukturierung und Neubewertung aller in der Arztpraxis und im Spital erbrachten Leistungen
- Bewertung dieser Leistungen auf medizinischer und betriebswirtschaftlicher Grundlage nach einheitlichen Massstäben
- Aufwertung der ärztlichen, intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen, apparategestützten Leistungen

1988 wurde ein Grobkonzept für die Revision des Arzttarifs verabschiedet und die Nomenklatur des GRAT-Modells wurde in den Jahren von 1990 bis 1992 erarbeitet. Die Expertengespräche und Leistungserhebungen dauerten bis 1997. In den 1990-er Jahren sprach man vom „7 Millionen Franken Entwicklungsprojekt Tarmed“.

Das „neue“ KVG verlangt einen einheitlichen Tarif

Nach einem Referendum trat das KVG 1996 in Kraft und mit ihm die gesetzliche Vorgabe eines gesamtschweizerisch einheitlichen Einzelleistungstarifs. Die KSK (heute: Santésuisse) trat Ende 1996 den Projekten GRAT und Infra bei und ca. ein Jahr später vereinigten sich die beiden Projekte im Projekt Tarmed. Gemäss Vorgaben des Bundesrats sollte spätestens bis 1998 ein neuer Arzttarif eingeführt werden. Doch die Verhandlungen waren langwierig, das Projekt Tarmed und die Projektorganisation aufwändig und komplex, weshalb dieser Termin nicht eingehalten werden konnte. In einem Brief an die FMH, stellt Bundesrätin Ruth Dreifuss im Jahr 1998 den Erlass eines sog. Amtstarifs in Aussicht, sollten sich die Tarifpartner nicht auf eine Verhandlungslösung einigen. Rund ein Jahr später drohte der Bundesrat formell in Beantwortung einer Motion im Parlament mit dem Erlass einer Tarifstruktur durch die Bundesbehörden.¹⁸ Diese Drohung wurde jedoch nicht umgesetzt und die Verhandlungen zu den Tarmed-Tarifen wurden fortgesetzt. Die Tarifpartner konnten sich allerdings in wichtigen Punkten erst in letzter Minute einigen.

Die invasiv (=operativ) tätige Ärzteschaft hatte im Frühjahr 1998 eine eigene Gesellschaft, die Foederatio Medicorum Scrutantium (FMS), gegründet. Im März 1999 forderte die FMS eine Revision (=Reengineering technischer Leistungen) des Tarmed. Ebenfalls im März 1999 erschien die kritische Stellungnahme der Preisüberwachung zu Tarmed und die Tarifpartner mussten sich darauf einigen, wie die 16 konkreten Empfehlungen zur Optimierung des Tarmed zu berücksichtigen seien.¹⁹ Die Preisüberwachung äusserte sich u.a. über die Höhe des Referenzeinkommens, über die Jahresarbeitszeit der Ärzte, über die Notwendigkeit von Erhebungen, wo Daten fehlten sowie über die Betriebszeiten von kostspieligen Infrastrukturen (MRI) usw.

Tarmed verspätet - FMH vor der ZerreiSSprobe - Druck des Bundesrats

Anlässlich ihrer Sitzung vom 2. Februar 2000 stimmte die FMH der Tarifstruktur Tarmed in der Version Alpha 2.2 zu. Mit dieser Version wurden wichtige Forderungen der FMS, wie der Besserbewertung der operativen und interventionellen Leistungen, umgesetzt.²⁰ Im Mai 2000

¹⁷ ZMT Masterdokumentation (1999).

¹⁸ Stellungnahme zur Motion Berberat Nr. 98.3548.

¹⁹ Preisüberwacher (1999): Stellungnahme zu den Tarifen GRAT / Infra.

²⁰ Offener Brief der FMH an die anderen Tarifpartner, s. SAEZ <http://www.bullmed.ch/pdf/2000/2000-20/2000-20-537.pdf>

drohte der Bundesrat im Rahmen von drei Interpellationsantworten²¹ wiederum mit dem Erlass eines Amtstarifs. Am 30. Juni 2000 unterbreiteten die Tarifpartner dann endlich die Version Alpha 3.0 dem Bundesrat zur Genehmigung. Diese überarbeitete Tarifstruktur²² wurde am 18. September 2000 durch den Bundesrat unter der Bedingung genehmigt, dass die Tarifpartner einen Vertrag zur kostenneutralen Einführung des Tarifs abschliessen.²³ Auch dies erwies sich für die Tarifpartner als eine zeitintensive Aufgabe.

Inzwischen hatten aber die Tarifpartner bereits wieder beschlossen, dass die Tarifstruktur Alpha 3.0 nicht umgesetzt werden kann. Auch die Version 1.0 war nicht zur Umsetzung geeignet, weil mit dem sog. Reengineering I (RE I) Änderungen in verschiedenen Bereichen vorgenommen werden sollten. Die FMS als Vertreterin der Interessen von rund 6'000 Spezialärzten und -ärztinnen hatte in einem offenen Brief an die FMH gefordert, „dass die Tarmed-Version 1.0 keinesfalls, d.h. unter keinen Umständen und in keiner Art und Weise veröffentlicht wird, bevor die Verhandlungen über die Implementierung des FMS-Modells (Reengineering) abgeschlossen sind bzw. die Implementierung beschlossen wurde“.²⁴ Auch die Fachärzte und Fachärztinnen für Pädiatrie und die Dermatologie fühlten sich vom Tarmed „ernsthaft bedroht“.²⁵ Die FMH stand vor einer Zerreissprobe.²⁶

Am 13. November 2001 reichten die Tarifpartner die Version 1.1, mit materiellen Änderungen in den Bereichen Dignitäten, Sparten und Minutagen, zur Genehmigung an den Bundesrat ein. Die Produktivität des Operationsaal OP1 wurde zum Beispiel von 72% in Version 1.0 auf 45% in Version 1.1 gesenkt. Im Februar 2002 musste bei der FMH eine Urabstimmung über die Einführung von Tarmed 1.1 durchgeführt werden. Im Jahr 2003 fand eine Dignitätserhebung statt, die von der FMH erneut als Zerreissprobe empfunden wurde.²⁷ Die bilateralen Rahmenverträge inkl. Kostenneutralitätskonzept folgten erst am 17. Mai 2002 (Santésuisse und H+) sowie am 20. Juni 2002 (Santésuisse und FMH). Da der Bundesrat die Tarifstruktur Tarmed in der Version Alpha 3.0 aber bereits genehmigt hatte, wurde der vorliegende Antrag hinsichtlich Tarifstruktur (nur) als Revision behandelt.

Am 30. September 2002 genehmigte der Bundesrat die beiden Rahmenverträge inklusive der Tarifstruktur Tarmed Version 1.1 definitiv. Diese Version des Tarmed wurde am 1.1.2004 flächendeckend eingeführt und wird seither jährlich revidiert. Per 1.4.2010 trat die Version 1.07 in Kraft.

Ebenfalls wurde auf Druck der FMS im April 2002 ein Konzept für ein zweites Reengineering (RE II) genehmigt und im Juni 2003 abgeschlossen. RE II bestand aus einer tiefgreifenden Überarbeitung von Tarmed mit dem Ziel, festgestellte Mängel zu beheben. Insgesamt bildeten sieben

²¹ IP 00.3116, 00.3110, 00.3074.

²² Inkl. Dignitätskonzept und Spartenkonzept.

²³ Mehr über die Kostenneutralität im Kapitel 5 dieses Berichtes.

²⁴ Offener Brief an den FMH-Präsidenten in SAEZ <http://www.saez.ch/pdf/2000/2000-42/2000-42-1092.PDF>.

²⁵ Häuptli, W.: Reengineering (RE) TARMED in SAEZ 2001;82: Nr. 49. "Ebenfalls als ernsthaft bedroht fanden sich die Dermatologen, Opfer der letzten 5 Minuten infolge ihrer gehäuften Kurzkonsultationen. Zur Abhilfe wurde ihnen ein Status gewährt mit dem zusätzlich wertvollen Nebeneffekt, dass sich auch diese Fachgruppe besser im Tarif erkennt."

²⁶ SAEZ 2001;82: Nr 18; 2004;85: Nr 27 und 2008;89: 8.

²⁷ Imboden, Annamaria Müller, Generalsekretärin der FMH: A brief history in short chapters, in SAEZ, http://www.saez.ch/html_d/2007/2007-21-541.Html.

Teilprojekte einen integrierenden Bestandteil von RE II.²⁸ Die Resultate von RE II waren aber gemäss FMH-Delegation enttäuschend, weil Santésuisse unter Berufung auf die Kostenneutralität sich einer „Obstruktionstaktik“ bediente.²⁹ Es blieb bei Notmassnahmen für die Radiologie und RE III.

Tarmed wurde für mehrere Millionen Franken an die Deutsche Kassenärztliche Bundesvereinigung verkauft und Deutschland hat Teile der Tarifstruktur für seinen Tarif übernommen.

1.7 Methodisches Vorgehen

Im Konzept vom 2. Februar 2009 hat die EFK das geplante Vorgehen zur Beantwortung der Evaluationsfragen (s. Kapitel 1.1) aufgezeigt. Die Evaluation wurde in fünf Arbeitsmodule unterteilt.³⁰

Modul 1: Leitfadengestützte Experteninterviews mit Vertretern der Tarifpartner, BAG, Preisüberwachung, BFS Tarmed-Suisse und anderen Beteiligten (Fachgesellschaften usw.). Es wurden ca. 50 Interviews und Gespräche geführt, dazu kamen Interviews im Rahmen der Teiluntersuchungen (s. Anhang Infrac-Berichte). Leitfadengestützte Interviews dienen einerseits der Beantwortung der Fragestellungen bezüglich Ziele des Tarmeds, Kostenrealität und Berechnungsmodell, Tarifpflege und Rolle des Bundes (s. auch Modul 3, Prozessanalysen). Andererseits sichern sie auch die Qualität der Feststellungen und Empfehlungen dieser Evaluation.

Modul 2: Dokumentenanalysen zur Erarbeitung der Grundlagen in Bezug auf die Themen Tarmed-Ziele, Historik, Kostenrealität und Berechnungsmodell, Tarifpflege, Tarmed 2010 und Kostenneutralität (s. Anhang mit Angabe der Quellen).

Modul 3: Prozessanalysen zur Prüfung der Risiken der Entscheidungsprozesse, besonders der Rolle des Bundesrates und des BAG. Die Prozesse und die Rolle des Bundes bei Tarmed wurde mit dem Labortarif („Amtstarif“) verglichen (Hauptfrage 5). Eine Analyse der Tarifpflege wurde durchgeführt. Zu diesem Modul wird ein Teilbericht publiziert.³¹

Modul 4: Längsschnittanalysen zur Sichtung, Zusammenstellung und Analyse statistischer Quellen zu Tarmed im Gesundheitswesen (Makroebene) und zu ausgewählten Leistungspaketen/Fallstudien (Mikroebene). Ein weiteres Ziel war, die Bedeutung von Tarmed für die Ärztteeinkommen abzuschätzen. Unter einer Längsschnittanalyse versteht man gleichartige Messungen an den gleichen Elementen zu verschiedenen Zeitpunkten zur Aufdeckung von Veränderungen im Zeitablauf. Zu diesem Modul wurde ebenfalls ein Teilbericht publiziert.³²

²⁸ Diese umfassen die Revisionsarbeiten RE I, die Radiologie, die Assistenz, die Zeitparameter, die Produktivität, die Überprüfung der Geräte in den Sparten und das Tarifmodell.

²⁹ FMH-Delegation, Ergebnisse des Reengineering II, in SAEZ 2003; 84: Nr. 32/33 S. 1655.

³⁰ Das sechste Modul, internationaler Vergleich einiger Leistungen, wurde aus Zeit- und Ressourcengründen auf Phase 2 im 2010 verschoben.

³¹ EFK (2010): Mise à jour de Tarmed – Examen des processus et du rôle de la Confédération.

³² EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed. Im Kap. 2 dieses Berichtes sind die vorliegenden statistischen Quellen beschrieben.

Modul 5: Fallstudien von Leistungspaketen zur Überprüfung der Nachvollziehbarkeit der betriebswirtschaftlichen Bewertung der Leistungen (Taxpunkte für die AL und TL etc.). Es wurden 11 Fallstudien durchgeführt.

Ausgewählt wurden Fallstudien aus zwei Fachbereichen mit überwiegend intellektuell-ärztlichen Leistungen (Allgemeinmedizin und Innere Medizin) sowie aus zwei Fachbereichen mit technischen Leistungen (Gynäkologie und Ophthalmologie) ausgewählt. Ein weiteres Fallbeispiel stammt aus einem Bereich, der von der IV/AHV vergütet wird, die Erstexpertise für Hörgeräteversorgung (HNO). Es wurden Fachspezialitäten ausgewählt, in denen relativ viele Ärzte aktiv sind.

Allgemeine Auswahlkriterien für Fallbeispiele waren Leistungen und Tarmed-Positionen, die 1) in der Summe eine sinnvolle Antwort auf die Fragestellungen gewährleisten, 2) abgrenzbar sind und einen Vorher/Nachher-Vergleich möglich machen, 3) von Ärztesellschaften und anderen Beteiligten vorgeschlagen wurden, und 4) einen relativ grossen Anteil der verrechneten Tarmed-Positionen ausmachen (bzw. innerhalb der 20 meistbenutzten Tarmed Positionen). Spezifische Auswahlkriterien waren bestimmte Positionen, die 5) revidiert wurden, 6) von der IV/AHV vergütet werden, 7) in den letzten Jahren wichtige technologische Entwicklungen durchgemacht haben und 8) eine Kombination von „Zeittarif“ und „Einzelleistungstarif“ beinhalten.

Im Laufe der Evaluation erwies es sich schwierig für alle Fallbeispiele valide Vorher-Nachher Vergleiche durchzuführen und Schlüsse über die Zielerreichung der betriebswirtschaftlichen Bemessung aus einem Vorher-Nachher Vergleich zu ziehen. Die Auswahl der Fallbeispiele ist stark an Leistungen der frei praktizierenden Ärzte ausgerichtet und für die ärztliche Praxis in Spitalambulatorien nicht repräsentativ.

Die Fallstudien werden im Kap. 1.8 kurz vorgestellt. In Anhang 5 finden sich Kennzahlen für die Fallbeispiele. Die Ergebnisse der Fallbeispiele sind in Teilberichten zu dieser Evaluation publiziert.

Projekttablauf und -organisation

Die vorliegende Evaluation wurde, nach der Aufnahme des Themas in das Jahresprogramm 2008 der EFK, in zwei Phasen durchgeführt. In einer ersten Phase wurde im Zeitraum zwischen Januar und Sommer 2008 das Konzept für die Evaluation erstellt. Das Evaluationskonzept war Gegenstand der ersten Sitzung mit der Begleitgruppe. In einer zweiten Phase wurde zwischen Sommer 2008 und Sommer 2010 die Evaluation mit den Analysen, Teilberichten und dem vorliegenden Hauptbericht erstellt.

Die Verantwortung für die Evaluation liegt bei der EFK. Das Projektteam setzte sich aus Claude Courbat (Projektleitung), Tobias Bauer (Modul 4) und Marcel Cornuz (Modul 3) zusammen. Das Projekt wurde unter Supervision des Fachbereichsleiters Emmanuel Sangra durchgeführt.

Die Analysen der Fallbeispiele 2-11 im Modul 5 wurden von der Firma Infrac, Forschung und Beratung in Zürich, durchgeführt. Das Fallbeispiel 1 wurde durch die EFK erarbeitet.

Die Evaluation wurde von einer Begleitgruppe unterstützt, welche drei Mal zusammengekommen ist (Zusammensetzung der Begleitgruppe siehe Anhang 4). Die Begleitgruppe hatte zum Ziel, die

EFK fachlich zu unterstützen und den Zugang zu Daten und Informationen über Tarmed zu erleichtern. Für die Ergebnisse und die Empfehlungen der Evaluation trägt die EFK die Verantwortung.³³

Die EFK dankt den Gesprächspartnern, den Mitgliedern der Begleitgruppe und den zahlreichen befragten Personen für die wertvolle Unterstützung. Speziell verdankt sei hier die Ärztekasse, welche kostenlos Auswertungen zu den Fallbeispielen zur Verfügung stellte. Dank gilt auch Santésuisse, dem Bundesamt für Gesundheit und der Preisüberwachung für die zur Verfügung gestellten Auswertungen und Informationen.

Während die Vorstudie Widmer/BAG (2006) drei Ziele des Tarmed untersuchte (Verbesserte Transparenz, Aufwertung der Grundversorger, Kostenneutralität), hat die EFK fünf zentrale Oberziele für Tarmed identifiziert und den vorliegenden Bericht nach diesen Zielen gegliedert:

- Kapitel 2: Entsprechen die Tarmed-Preise der Kostenrealität?
- Kapitel 3: Erfolgte mit Tarmed eine Aufwertung der intellektuellen Leistungen und eine Reduktion der Einkommensunterschiede zwischen den Ärzten?
- Kapitel 4: Führt Tarmed zu einer verbesserten Transparenz?
- Kapitel 5: Wurde beim Übergang zu Tarmed die Kostenneutralität gewahrt?
- Kapitel 6: Ist die Tarifpflege zuverlässig und zeitgerecht?

Die Antworten auf die im Evaluationskonzept von 2008 gestellten Hauptfragen finden sich im Kapitel 7. Im Kapitel 8 werden die Empfehlungen wiedergegeben.

Fazit der EFK

Der Evaluationsprozess war aufwändig, da eine koordinierende Instanz mit Zugang zu validen und aktuellen Daten über Tarmed gänzlich fehlt. Die Validität und Interpretation der Zahlen war Gegenstand von andauernden Auseinandersetzungen mit den Tarifpartnern. Die Fallstudien, welche gemäss Projektplanung Ende August 2009 hätten abgeschlossen werden sollen, konnten erst im Mai 2010 fertig gestellt werden. Das gesamte Evaluationsprojekt nahm mehr Ressourcen in Anspruch als ursprünglich geplant war.

1.8 Die elf Fallstudien der Evaluation

In den folgenden Abschnitten wird beschrieben, was in den einzelnen Fallstudien untersucht wurde. Die durchgeführten Fallstudien werden in der folgenden Tabelle zusammenfassend dargestellt. Ausführliche Informationen befinden sich in den Berichten von Infras.³⁴

Die Fallbeispiele sind Leistungen aus folgenden Fachgesellschaften der FMH:

- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM)
- Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft (SOG)
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)
- Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM)
- Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL)

³³ Eine Liste der Gesprächspartner findet sich im Anhang 3.

³⁴ Infras (2010): Fallstudien Tarmed: Detaillierter Bericht.

Tabelle 2: Die 11 Fallstudien (=11 Leistungspakete) inkl. Verrechnung und Umsatz

	Allgemeinmedizin + innere Medizin	Ophthalmologie	Gynäkologie und Geburtshilfe	Oto-Rhino- Laryngologie
Konsultation	1 Konsultation + ärztl. Leistung in Abwesenheit der Patienten (zur Normalarbeitszeit ohne Erstkonsultation und Dringlichkeitszuschlag) (12.5+10 Min.)			
Konsultation +	2 Konsultation mit Notfall- und Inkonvenienz- pauschalen (10 Min.)	5 Konsultation mit Refraktions- bestimmung (subjektiv) (Sehschärfe)	8 Gynäkologische präventive Untersuchung, als alleinige gynäkol. Leistung	
Konsultation + technische Leistung	3 Konsultation mit Elektrokardiogramm EKG	6 Konsultation mit Applanationstonometrie (Augendruckmessung)	9 Konsultation mit zweiter Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft	11 Erstexpertise für Vermittlung von Hörgeräten
„Intervention“	4 Besuch 25 Minuten mit einem Weg von 2x5 Minuten (25+10 Minuten)	7 Kataraktoperation	10 Abortbehandlung bei missed abortion/operativer Schwangerschaftsabbruch bis und mit 12. SSW	

Quelle: EFK (2008): Konzept für die Evaluation von Tarmed

Die ursprünglich gewählten Fallbeispiele 8 und 10 wurden auf Antrag der SGGG geändert. Sie begründete ihren Antrag damit, dass mit diesen Fallbeispielen kein Vorher-Nachher Vergleich möglich sei.³⁵ Da diese Änderung erst spät im laufenden Evaluationsprozess gefordert wurde, konnten für die neuen Fallbeispiele keine statistischen Daten aus dem Tarifpool eingeholt werden.

Die ärztlichen Leistungen werden anlässlich einer Arztkonsultation meist mittels mehrerer Tarmed-Positionen verrechnet. In der Regel besteht eine Rechnung aus **Zeit- und Handlungspositionen**. Die Position 00.0010, Grundkonsultation, ist ein Beispiel einer Zeitposition; die Position 08.2760, Extractio lentis/Phakoemulsifikation, ist ein Beispiel einer Handlungsposition³⁶.

Bei vielen Leistungspaketen gibt es zumindest eine Einzelposition, welche das Leistungspaket eindeutig identifizierbar macht, sog. **Triggerposition**. Bei der Kataraktoperation ist dies die Abrechnungsposition für die Entfernung der getrübten Augenlinse (Extractio Lentis, Pos. 08.2760). Eine Kataraktoperation enthält immer eine „Extractio lentis“, aber immer auch mehrere zusätzliche Leistungen und Positionen. Die Triggerposition dient als Identifikation des Leistungspakets für die statistischen Auswertungen von Sitzungen, da keine Leistungsnummern od. verlässlichen Diagnosen zugänglich sind. Die Triggerposition ermöglicht die Identifikation und Gewichtung der zusätzlich in den Sitzungen verrechneten Positionen.

Das Fallbeispiel 1 umfasst als **sog. Standardkonsultation und ärztliche Leistung in Abwesenheit der Patienten**, die am häufigsten genutzten Tarifpositionen des Tarmed: 00.0010, Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation); 00.0020, Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag); 00.0030, Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag); 00.0140, Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min. (2 Mal). Das Fallbeispiel 1 hat 79.92 Taxpunkte, die verrechnete Summe beträgt bei einem Taxpunktwert von

³⁵ Fallbeispiel 8 war ursprünglich „Untersuchung durch den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe“, das Fallbeispiel 10 war ursprünglich „Curettag mit Hysteroskopie“.

³⁶ Siehe Teilbericht von Infrass (2010): Fallstudien Tarmed, Fallbeispiel 7: „Kataraktoperation“.

0.89 Franken (berechneter Mittelwert in der Schweiz) 71.12 Franken. Das Fallbeispiel 1 enthält keine Triggerposition, da diese vier Positionen mit den meisten anderen Positionen des Tarmed auftreten können. Tabelle 3 zeigt die Mengenentwicklung und die finanzielle Bedeutung der vier Positionen, unabhängig davon, ob sie als Standardkonsultation oder zusammen mit anderen Leistungen fakturiert wurden.

Tabelle 3: Kennzahlen für die vier Einzelpositionen des Fallbeispiels

Mengenentwicklung: Anzahl Verrechnungen der Einzelpositionen				
	Pos. 00.0010	Pos. 00.0020	Pos. 00.0030	Pos. 00.0140
Arztpraxen: 2007	30.1 Mio.	24.6 Mio.	24.7 Mio.	8.3 Mio.
Arztpraxen: 2005-2007	-2.4%	+7.1%	-2.3%	+23.5%
Spitäler: 2007	4.7 Mio.	7.4 Mio.	4.3 Mio.	2.6 Mio.
Spitäler: 2005-2007	+10.6%	+24.4%	+12.9%	+9%
Absolute finanzielle Bedeutung: Verrechnete Summen der Einzelpositionen				
	Pos. 00.0010	Pos. 00.0020	Pos. 00.0030	Pos. 00.0140
Arztpraxen: 2007	469 Mio.Fr.	388 Mio. Fr.	192 Mio. Fr.	131 Mio. Fr.
Arztpraxen: 2005-2007	-2.1%	+4.5%	-3.1%	+21.4%
Spitäler: 2007	75 Mio. Fr.	119 Mio. Fr.	34 Mio. Fr.	41 Mio. Fr.
Spitäler: 2005-2007	+10.4%	+25.1%	+13.0%	+9.7%

Quelle: EFK (2010): Fallstudien Tarmed – Fallbeispiel 1. Tarifpool mit Hochrechnung auf 100% Abdeckung.

Die in den Arztpraxen und Spitälern verrechnete Summe der vier Einzelpositionen betrug 2007 insgesamt fast 1,5 Milliarden Franken. Ca. 50% des Umsatzes in der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin stammt aus diesen Tarifpositionen. Seit 2005 sind leicht fallende Tendenzen in der Anzahl, aber auch längere Konsultationen und eine starke Zunahme der verrechneten Leistungen in Abwesenheit der Patienten in Arztpraxen (Pos. 00.0140) festzustellen. Stark zugenommen haben die Ausgaben für die vier Positionen in den Spitälern. Gemäss H+ ist dies auf die mangelhafte/veränderte Leistungserfassung in Spitälern vor 2004 zurückzuführen.

Das Fallbeispiel 2 umfasst eine **Konsultation mit Notfall- und Inkonvenienzpauschalen**. Die Notfallregelung tritt gemäss Tarmed in Kraft, wenn die Arztkonsultation unverzüglich und auf Ansuchen des Patienten oder seinen Angehörigen geschieht. Bei Notaufnahmen in Spitälern (stationär) dürfen diese Pauschalen nicht abgerechnet werden. Die Notfall- und Inkonvenienzpauschalen wurden nicht mit dem üblichen Verfahren des Tarmed berechnet (GRAT- und Infra-Modelle), sondern wurden verhandelt. Die Notfall- und Inkonvenienzpauschalen sind (wie die Besuchsinkonvenienzpauschalen) umstritten und wurden nach dem Inkrafttreten von Tarmed mehrmals geändert. Notfall- und Inkonvenienzpauschalen können als wichtiger Bestandteil der Einkommen der Grundversorger angesehen werden, die (gemäss Zielsetzungen des Tarmed, s. Kap. 4) aufgewertet werden sollten.

Das Fallbeispiel 3 besteht aus einer **Konsultation mit Elektrokardiogramm** bei Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen oder Herzrhythmusstörungen. Diese Konsultationen werden vor allem von Grundversorgern (Allgemeinmedizin und Innere Medizin) durchgeführt. Das „Belastungs-EKG“ ist nicht Gegenstand dieser Fallstudie.

Das Fallbeispiel 4 zeigt einen **Arztbesuch ausserhalb der Arztpraxis** und es unterscheidet sich von Fallbeispiel 1 hauptsächlich durch den Ort der Leistungserbringung. Die neue Besuchs- und

Inkonvenienzpauschale (Pos. 00.0065) wurde mit der Tarmed Version 1.06 zeitlich bis 1. März 2010 beschränkt. Die Tarifpartner haben die Gültigkeit der Pauschale verlängert ohne dazu dem Bundesrat einen Antrag einzureichen. Das BAG hat die Tarifpartner um eine Erklärung ersucht. Eine Reaktion der Tarifpartner steht noch aus (Ende August 2010).

In Fallbeispiel 5 ist eine **Konsultation mit sog. subjektiver Refraktionsbestimmung** beschrieben. Es handelt sich um die Messung der Sehstärke und allfälliger Hornhautverkrümmungen. Für die Triggerposition wird weniger als die Hälfte der mittleren Fallkosten berechnet. In den meisten Konsultationen werden auch eine Applanationstonometrie und eine Spaltlampenuntersuchung verrechnet. Oft wird auch eine Zuschlagsleistung für Brillenordination verrechnet.

Das Fallbeispiel 6 umfasst die sog. **Applanationstonometrie**, d.h. die Messung des Augendrucks bei Glaukomverdacht. Sie beinhaltet zwingend auch die binokulare Untersuchung der Papille. Die Applanationstonometrie kommt sehr oft zusammen mit der Refraktionsbestimmung vor.

In Fallbeispiel 7 ist die **Kataraktoperation** dargestellt. Katarakt oder Grauer Star bezeichnet eine Trübung der Augenlinse. Die Kataraktoperation wurde 2007 49'000 Mal ambulant verrechnet, dies zeigen EFK-Hochrechnungen mittels Tarifpool-Daten. Gemäss SOG wurde die Kataraktoperationen im 2008 ca. 60'000 Mal im Jahr durchgeführt. Stationär durchgeführte Operationen werden nicht nach Tarmed abgerechnet. In Interviews mit den Tarifpartnern wurde insbesondere die Anästhesie kontrovers diskutiert: Auslöser war, dass den Kassen von vertrauensärztlicher Seite vorgeschlagen wurde, bei einem Grossteil der Kataraktoperationen auf den Beizug eines Anästhesisten zu verzichten. Die SOG warnt jedoch vor einer solchen Praxis. Ihrer Ansicht nach ist der Verzicht auf den Beizug eines Anästhesisten bei Kataraktoperationen hoch riskant und kann Patienten auf schwere Weise gefährden.³⁷

In Fallbeispiel 8 ist die **gynäkologische präventive Untersuchung** als alleinige gynäkologische Leistung beschrieben. Gemäss Art. 12e KLV übernimmt die OKP die Kosten für eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, zuerst zwei Mal im Jahresintervall, dann alle drei Jahre.

Das Fallbeispiel 9 umfasst die beiden **Screening-Ultraschalluntersuchungen bei Schwangerschaft, als alleinige bildgebende Leistung**. In der Schweiz bezahlt die OKP gemäss Art. 13b KLV zwei Ultraschalluntersuchungen pro Schwangerschaft (11-14 bzw. 20-23 Schwangerschaftswoche). Bei der zweiten Untersuchung wird allgemein auf mögliche Fehlentwicklungen des Kindes geachtet.

In Fallbeispiel 10 wird die **operative Abortbehandlung bis und mit 12. Schwangerschaftswoche** dargestellt.³⁸

Das Fallbeispiel 11 umfasst die von der **IV vorgeschriebene Erstexpertise durch den Facharzt für die Vermittlung eines Hörgeräts**. Die Expertise wird mittels eines standardisierten Pakets von Einzelpositionen verrechnet.

Die Ergebnisse der Fallstudien werden in Kapitel 2.6 zusammengefasst, die Kennzahlen sind im Anhang 5 dargestellt. Für Details wird auf die Teilberichte verwiesen.³⁹

³⁷ Infrac (2010): Fallstudien Tarmed. Fallbeispiel 7: „Kataraktoperation“ (S. 9-10).

³⁸ Seit dem 1. Oktober 2002 gilt in der Schweiz die sog. Fristenregelung, d.h. in den ersten Wochen liegt der Entscheid über den Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft bei der Frau. Im Tarmed gibt es Tarifpositionen für den operativen wie auch medikamentösen Abbruch der Schwangerschaft zu verschiedenen Zeitpunkten. Das Fallbeispiel 10 begrenzt sich auf die operative Behandlung bis und mit 12. Schwangerschaftswoche.

2 Entspricht Tarmed der Kostenrealität?

2.1 Definition von Kostenrealität

Zentral für die Berechnung von Tarmed ist Art. 43 Abs. 4 KVG:

„Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten...“.

Im ersten Teil ist die Grundregel der „Tarifautonomie“ beschrieben, der zweite Teil bestimmt das Prinzip für die Bemessung des Tarifs. Der Gesetzgeber hat für die Festsetzung des Einzelleistungstarifs Tarmed eine betriebswirtschaftliche Bemessung mit einem gewissen Handlungsspielraum vorgesehen („achten“).

Genehmigungsbehörden und Kriterien für die Genehmigung (Grundlage für die materielle Überprüfung der Tarifstruktur bei der Genehmigung) sind in Art. 46 Abs. 4 KVG festgelegt:

„Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.“

Mit Wirkung 1.1.2007 wurde die Grundlage für die Überprüfung durch die Tarifpartner und Genehmigungsbehörde in Art. 59c Abs. 1 und 2 KVV wie folgt präzisiert:

„¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Art. 46 Abs. 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich 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.

² Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Abs. 1 Buchstaben a und b nicht mehr gewährleistet ist. Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren.“

Die EFK nutzt in diesem Bericht den **Begriff Kostenrealität** eines Leistungspakets bzw. einer Position als synonym mit „sachgerecht strukturiert, betriebswirtschaftlich auf Grund einer effizienten Praxis berechnet.“ Es ist wichtig, dass auf die Kosten einer effizienten Leistungserbringung abgestellt wird und nicht auf Durchschnittskosten⁴⁰. Eine effiziente Leistungserbringung, enthält normative Aspekte wie Soll-Auslastungen, Soll-Produktivitäten usw.. Festgelegt können solche normative Eckwerte mittels gesundheitspolitischer Vorgaben oder Benchmarks („Musterpraxen“).

³⁹ Infrac (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele Hauptbericht. EFK (2010): Fallstudien Tarmed – Fallbeispiel 1:

„Konsultation und ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten. Infrac (2010): Fallstudien Tarmed.

⁴⁰ Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen für den 1. August 2007 und 1. Januar 2008, Kommentar, siehe S. 6.

In dieser Evaluation standen gemäss Konzept der EFK (in Absprache mit der Begleitgruppe) folgende Aspekte der Kostenrealität im Zentrum:

Hauptfrage 2: Entsprechen die TARMED-Vergütungen in der Arztpraxis und im Spital der Kostenrealität?

- 2.1 Welche Komponenten des TARMED wurden berechnet, welche sind Resultat von Verhandlungen?
- 2.2 Auf welche Art und Weise wurden die fünf Parameter für die Entschädigung ärztlicher Leistungen - Dignität, Referenzeinkommen, Jahresarbeitszeit, Produktivität, verrechnete Arbeitszeit - berechnet und mit welchen finanziellen Wirkungen?
- 2.3 Wie wurden Änderungen bei der medizinischen Praxis und technologische Entwicklungen im TARMED berücksichtigt?
- 2.4 Wie verbreitet sind Pauschalverträge für ambulant erbrachte Leistungen (Skalaeffekte)?
- 2.5 Entsprechen die TARMED-Vergütungen den betriebswirtschaftlich errechneten Kosten?
- 2.6 Wenn nicht, warum?

2.2 Die betriebswirtschaftliche Berechnung von Tarmed

Die Bewertung jeder einzelnen Leistung (Position) wird in Taxpunkten vorgenommen. In Kapitel 1.2 wurde die Berechnung der Taxpunkte vorgestellt. Die Taxpunkte AL und TL hängen vom Kostensatz pro Minute und von der Minutage ab.

In den Expertengesprächen, die im Rahmen der Erarbeitung der beiden Modelle Grat und Infra geführt wurden, wurden folgende normativen Eckwerte für jede Tarmed-Position festgelegt:

- **Dignität:** Notwendige medizinische Qualifikation für die Leistungserbringung und Abrechnung (Facharzttitle/Fähigkeitsausweis). Die Kosten der Leistungen AL werden mit der Dignitätsskala moduliert (quantitative Dignität).
- **Assistenz:** Entschädigung für die ärztliche Unterstützung in Taxpunkten. Die Assistenz ist in den AL enthalten und wird lediglich als Zusatzinformation in der Tarmed-Struktur ausgewiesen.
- **Minutage:** Notwendiger Zeitbedarf für die Ausführung einer Leistung in Minuten. Es wird unterschieden zwischen Minutagen der AL, Minutagen der TL und Minutagen der Assistenz. Die Minutage ist die normativ festgesetzte Zeit, welche für die Erbringung der AL und TL als notwendig erachtet wird, nicht die faktisch gebrauchte Zeit. Tarmed ist ein Einzelleistungstarif, er enthält aber gewisse Positionen welche als Zeittarif bezeichnet werden müssen. Diese sind vor Allem im Kapitel 00, Grundleistungen, zu finden.
- **Sparte:** Ort der Leistungserbringung inkl. Hilfspersonal und notwendiger Geräte und Materialien bis 3.- Franken.⁴¹
- **Produktivitätsfaktor AL:** Die tarifwirksame Zeit der ärztlichen Leistung nach Sparten.

⁴¹ Material, wie Medikamente und Prothesen, welche teurer als 3.- Franken sind, werden nach MiGeL und Medikamentenliste separat verrechnet, mit eigener Rechnungsstellung.

Fazit der EFK

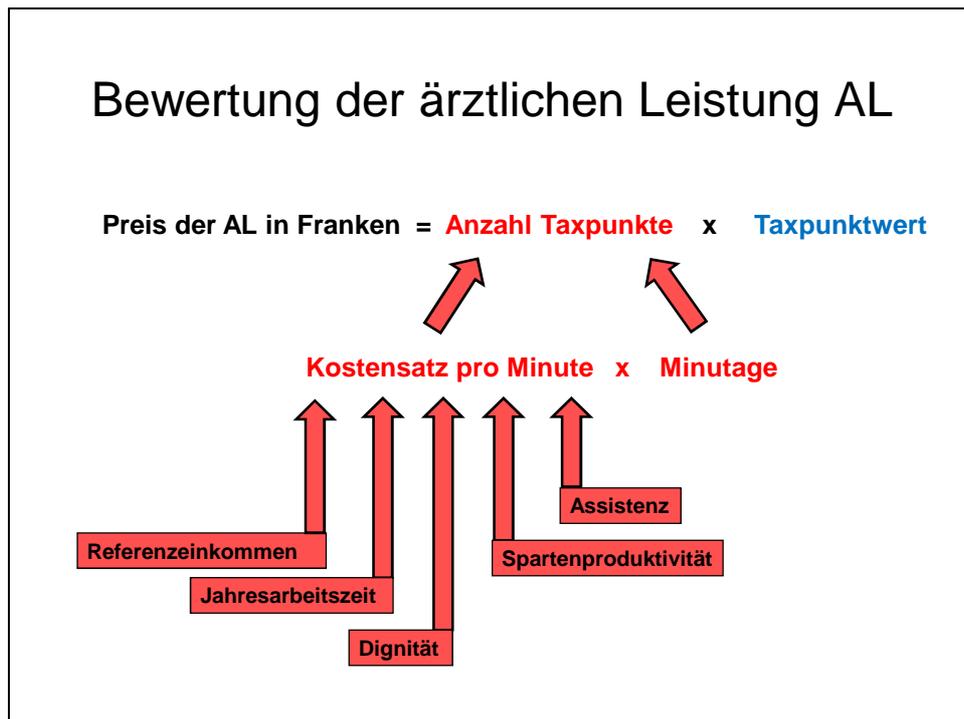
Wenn der sog. Produktivitätsfaktor AL in der Sparte OP1 wie heute bei 45% liegt, bedeutet dies, dass man voraussetzt, dass nur 45% der Minutagen fakturiert werden können: je tiefer die Produktivität, desto höher der Tarif oder Preis einer Leistung.

2.3 Das Modell für die Bewertung der ärztlichen Leistung (AL)

Die Berechnung des Kostensatzes AL wird durch fünf Parameter (= Eckwerte) der ärztlichen Aktivität bestimmt:

1. Referenzeinkommen
2. Dignitätsskala
3. Jahresarbeitszeit
4. Produktivitätsfaktor AL
5. Assistenz (und evtl. zweite Assistenz)

Abbildung 3: Die Bewertung der AL



Quelle: EFK

Diese Abbildung illustriert in rot die Tarifstruktur – Gegenstand der nationalen Rahmenverträge – und in blau den Bereich der kantonalen Anschlussverträge. Die Bewertung der AL wurde (im Gegensatz zur TL) nur im Modell Grat vorgenommen. Das Modell „Arztpraxis Grat“ basiert auf Erhebungswerten der „rollenden Kostenstudien der Ärztekasse“ (=Roko) und den Modellannahmen (=Koreg).

2.3.1 Referenzeinkommen

Das Referenzeinkommen entspricht dem „kalkulatorischen Unternehmenslohn“, inklusive Sozialleistungen. Die Festlegung des Referenzeinkommens stützt sich auf das Gehalt von Chefärzten, leitenden Ärzten und Oberärzten, welches sich im Kanton ZH im Jahr 1998 auf ca. 176'000 Franken belief (zuzüglich des Sozialleistungsanteils der Arbeitgeber von ca. 31'000 Franken). Das Referenzeinkommen wurde gemäss interviewaussagen auch mittels der rollenden Praxiskostenstudie (Roko) und anderen Referenzgrössen (Gehalt von vergleichbaren Personalgruppen) plausibilisiert und auf 207'000 Franken fixiert.

Fazit der EFK

Die Lohnerhebung zu Tarmed bezog sich auf Kaderärzte in Spitälern, bei diesen sind aber (gemäss Interviewaussagen) die wöchentlichen Arbeitszeiten höher als im Allgemeinen.

2.3.2 Dignität und Dignitätsfaktor

Die Dignität bezeichnet die Dauer und den Inhalt der verschiedenen Facharztausbildungen berücksichtigen. Die sogenannte **qualitative Dignität** regelt die Berechtigung zur Verrechnung einer Leistung (Position). Die **quantitative Dignität** ist ein Kalkulationsfaktor, um die Höhe des Kostensatzes und der AL zu bestimmen. „Mit der Graduierung der Dignität soll eine Einkommensdifferenzierung vorgenommen werden, d.h. es soll eine Kompensation für längere Weiter- und Fortbildungszeiten im Hinblick auf eine für alle Ärzte gleich hohe Lebenseinkommenschance erfolgen.“⁴²

Die Dignitätsskala unterscheidet Leistungen von FMH 5 (allgemeine Leistungen) bis FMH 12 (hochspezialisierte Leistungen). Die Dignitätsfaktoren wurden kostenneutral festgesetzt und den Berechnungen der Dignitätsfaktoren wurde das (normativ festgesetzte) Mengengerüst (Anzahl Leistungen) zugrunde gelegt. So wurde z.B. vorausgesetzt, dass 93% der Leistungen in den Dignitäten 5-8 erbracht werden.

Tabelle 4: Dignitätsfaktoren

Dignität	Dignitätsfaktor
FMH 5	0.9050
FMH 6	1.0436
FMH 7	1.0860
FMH 8	1.3046
FMH 9	1.4785
FMH 10	2.2625
FMH 12	2.2625

Quelle: Gemäss Angaben der ZMT.

Leistungen der Grundversorger haben Dignität 5, neurochirurgische Leistungen hingegen Dignität 12. Da Ärzte mit der FMH-Dignität 12 (z.B. Neurochirurgen) auch Leistungen tieferer Dignitätsklassen verrechnen (z.B. Konsultationen od. andere Grundleistungen der Dignität 5) ist natürlich ihr erwartetes Einkommen nicht 2.5 Mal höher als das Einkommen der Grundversorger.

⁴² ZMT (1999): Masterdokumentation, S. 73.

Die Preisüberwachung hatte 1999 gefordert, dass die Dignitätsskala nach Einführung des Tarmed empirisch überprüft werden sollte.⁴³ Diese Forderung wurde von den Tarifpartnern bis dato nicht umgesetzt.

Fazit der EFK

Da Grundversorger (in der Regel) nur Leistungen der Dignität 5 erbringen können, wurde deren dignitätsjustiertes Einkommen – oder Zieleinkommen - implizit auf $0.905 * 207'000$ Franken = 187'335 Franken festgelegt. Die Dignitätsskala sollte ursprünglich lediglich die unterschiedlichen Lebenseinkommen der Ärzteschaft widerspiegeln. Mit dem Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe wurden in der Zwischenzeit die Ausbildungsvoraussetzungen geändert.⁴⁴ Das Dignitätskonzept ist Teil der zu genehmigenden Tarifverträge. Die Ziele der Dignitätsskala sollten klarer definiert sein, die Faktoren der Skala sind anpassungsbedürftig. Weiter sollten Besitzstandswahrungen ursprünglich nur in einer Übergangszeit gewährt werden.⁴⁵

2.3.3 Jahresarbeitszeit

Auf Antrag der FMH wurde die Jahresarbeitszeit vertraglich mit 9.2 Std. Arbeitszeit pro Tag auf 1'920 Stunden (115'200 Minuten) festgesetzt. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Berechnung dieser Werte:

Tabelle 5: Berechnung der netto Jahresarbeitszeit

	Tage	Stunden	Minuten
Jahresarbeitszeit, brutto	365.25	3'348	200'880
Abzüge:			
- Wochenende	104	953	
- Feiertage	10	92	
- Ferien	23	211	
- Militär/Zivilschutz	2	18	
- Krankheit/Unfall	7	64	
- Schwangerschaft	0.05	0	
- Diverse Absenzen	1	9	
- Fortbildung		80	
		1'428	85'680
Jahresarbeitszeit, netto	208.7	1'920	115'200

Quelle: EFK, gemäss ZMT (1999): Masterdokumentation

⁴³ Preisüberwacher (31.3.1999): Stellungnahme zu den Tarifen Grat und Infra. Die Preisüberwachung hatte am 10. August 1999 eine Ergänzung zur Stellungnahme vom 31.3.99 verfasst, welche sich mit der Technischen Leistung sowie den MRI- und CT-Tarifen (insbesondere deren Minutagen) befasste.

⁴⁴ Eine Verkürzung des Weiterbildungs-Curriculum z.B. von 6 auf 5 Jahre entspricht gemäss Santésuisse einer versteckten Einkommenserhöhung bei den fachrichtungsspezifischen Tarmed-Positionen von ca. 15%.

⁴⁵ Bei der Einführung des TARMED war den Ärzten eine Besitzstandgarantie gewährt worden: Sie sicherte den bereits vor der Einführung des TARMED aktiven Ärzten zu, dass sie auch unter den neuen TARMED-Tarifen Leistungen ausserhalb ihres Fachbereichs fakturieren dürfen, wenn sie diese während drei Jahren vor der Inkraftsetzung regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht hatten. Es ist daher in der konkreten Anwendung des TARMED möglich, dass Facharzt/innen mit einem Grundversorgertitel auf Spezialistenpositionen abrechnen und umgekehrt. Quelle: BASS (2008): Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung?

Fazit der EFK

Die 1'920 Stunden Jahresarbeitszeit entsprechen ungefähr einer 46-Stunden Woche. Die Zahlen, welche man aus der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung des BFS 2005-2009 ziehen kann, zeigen, dass dieser Eckwert für angestellte Ärzte plausibel ist: die wöchentliche Arbeitszeit der selbständigen Ärzte ist klar höher (ca. 7 Stunden mehr), und die Arbeitszeiten der Ärzte sind höher als die Arbeitszeiten im Sozial- und Gesundheitsbereich im Allgemeinen.

2.3.4 Produktivitätsfaktor AL

Der Produktivitätsfaktor AL entspricht der tarifwirksamen Netto-Jahresarbeitszeit. Sie setzt den Anteil der **verrechenbaren** Arbeitszeit in Relation zur **aufgewendeten** Arbeitszeit. Als nicht verrechenbare Arbeitszeiten gelten, so die Masterdokumentation der ZMT, Verteilzeiten⁴⁶, Praxismangement, Nicht-Erscheinen der Patienten, Pausen, nicht verrechenbare Handlungen (für den Patienten), Studium und Führung eigener Akten sowie das Warten auf Infrastruktur. Im Rahmen von Grat wurde der Umfang von Overheadleistungen ermittelt. Die Produktivität wurde nach Sparten differenziert um der unterschiedlichen Organisation der Leistungserbringung Rechnung zu tragen. Grundlage für die Festlegung der Produktivität ist eine Arbeitszeiterhebung, diese IST-Zahlen wurden jedoch mit „normativen Elementen“ ergänzt.⁴⁷

Die Produktivität AL hat grosse Auswirkungen auf Umsatz und Einkommen, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 4: Wichtigkeit der Produktivität – Beispiel Ophthalmologe

Falls 25% im Sprechzimmer und 75% im
Untersuchungs- und Behandlungsraum (UBR) –
Umsatz AL+TL: Fr. 375'659.-

Falls 25% im Sprechzimmer und 75% im Operationssaal
(OP1) – Umsatz AL+TL: Fr. 476'165.-

Sprechzimmer	Ophthalmologe UBR
Produktivität 85% Dignität 5 90.5%	Produktivität: 85% Dignität 5: 90.5%

Sprechzimmer	Operationssaal OP1
Prod.: 85% Dign. 5: 90.5%	Prod.: 45% Dign. 7: 108.6%

Quelle: EFK

Die Gegenüberstellung vergleicht den Umsatz eines nicht-operativ tätigen Ophthalmologen (Sprechzimmer-UBR) mit einem operativ tätigen Ophthalmologen (Sprechzimmer-OP1). Für den Ersten ergibt sich ein berechneter Umsatz von 375'659 Franken, für den operativ tätigen ca. 100'000 Franken Mehrumsatz. Dieser Mehrumsatz deckt die zusätzlichen Kosten des Operationssaals. Angenommen der Letztere erzielt eine Produktivität im OP1 von 72% (und nicht 45%), dann würde sein berechneter Umsatz auf 625'000 Franken (+150'000 Franken) steigen.

⁴⁶ Wikipedia: „Verteilzeiten sind Zeitanteile von Soll-Zeiten, die zur Abdeckung organisatorischer Unvollkommenheiten und für die Erfüllung menschlicher Bedürfnisse (Essen, Trinken, private Verrichtungen etc.) erforderlich sind.“

⁴⁷ ZMT (1999): Masterdokumentation.

Fazit der EFK

Die spartenweisen Produktivitätsfaktoren sind teilweise Resultat von Erhebungen⁴⁸ (generelle Produktivität), mehr aber Resultat von Verhandlungen. Auf Druck verschiedener Ärztesellschaften wurden bei wichtigen Sparten die Produktivitäten in der Version 1.1 des Tarmed gesenkt: Sparte „Sprechzimmer Psychiatrie“ wurde von 85% auf 79%; „Operationssaal I“ von 72% auf 45%; „Operationssaal II“ von 65% auf 50%; „Operationssaal III“ von 65% auf 55% gesenkt. Damit wurden die Kostensätze für wichtige technisch-operative Sparten erhöht. In der Sparte Sprechzimmer beliess man den Produktivitätsfaktor bei 85%. Wie illustriert, reagiert der Umsatz sehr sensitiv auf Änderungen der Produktivitätsfaktoren AL.

2.3.5 Die vier Komponenten zusammen

Die vier Komponenten - Referenzeinkommen, Jahresarbeitszeit, Dignitätsfaktor und Produktivitätsfaktor AL - werden genutzt um den Kostensatz AL pro Minute je Sparte festzusetzen. Am Beispiel Sprechzimmer illustriert ergibt dies:

Tabelle 6: Berechnung in Franken des Taxpunktes der AL für Pos. 00.0010

a) Referenzeinkommen	207'000
b) Dignitätsjustiertes Referenzeinkommen (Dignität 5)	187'335
c) Produktivitätsjustiertes Referenzeinkommen, in Dignität 5	220'394
d) Kostensatz pro Minute	1.91
e) AL pro 5 Minuten	9.57

Quelle: EFK gemäss ZMT (1999): Masterdokumentation und Angaben der Tarifpartner

Der Kostensatz pro Minute für die AL, welche im Sprechzimmer (Produktivität 85%) von allen Ärzten (Dignität 5) erbracht werden kann, ist 1.91 Taxpunkte. Für Pos. 00.0010, Konsultation, erste 5 Minuten (Grundkonsultation) entspricht die AL 9.57 Taxpunkten, mit einem Taxpunktswert von 0.89 Franken ergibt dies 8.51 Franken.

2.3.6 Minutage der ärztliche Leistung AL

Die Minutage AL Grat umfasst die notwendige Zeit, die der Arzt für die Leistungsbringung aufwenden muss sowie die Zeit eventueller Assistenzleistungen und setzt sich aus drei Teilen zusammen:

1. Zeit für ärztliche Leistungserbringung im engeren Sinn („Schnitt-Naht-Zeit“)
2. Vor- und Nachbereitungszeit
3. Befundungszeit (Bericht)

Nicht inbegriffen in der Minutage AL Grat wurden Wartezeiten (unter Produktivität), Lehre / Ausbildung / Forschung samt Spezialfälle (wie Ausreisser). Im Tarmed wurden generell die Minutagen AL Grat genutzt. Es gibt keine Minutagen AL Infra (im Gegensatz zu den TL).

Die Minutagen AL Grat (Operateur und eventuelle Assistenz) wurde in mehreren Runden von Expertengesprächen mit den Fachgesellschaften (normativ) festgelegt und von den Kostenträgern auf Plausibilität und Angemessenheit generell überprüft. Auf eine empirische Festlegung wurde aus Zeit-, Komplexitäts- und Kostengründen verzichtet. Gemäss Interviewaussagen gewisser Experten in Ärztesellschaften wurden in eigener Regie gewisse Zeitmessungen vorgenommen.

⁴⁸ Die EFK hat diese Studien nicht erhalten.

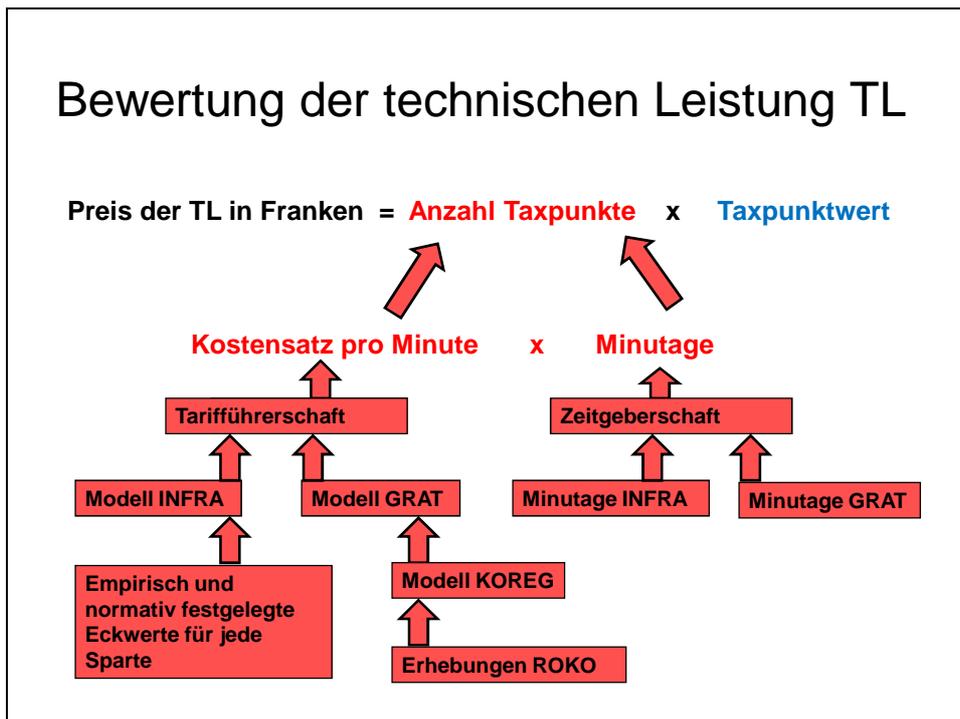
Fazit der EFK

Während die Kostensätze mittels einer Vielzahl von Eckwerten festgesetzt wurden, ist die Bedeutung der Minutagen für die Höhe der Vergütungen nicht dokumentiert und deren Bedeutung für die betriebswirtschaftliche Bemessung der AL und TL stark unterschätzt. Das BAG und die Preisüberwachung hatten über die Festsetzung der Minutagen keine Dokumentation erhalten. Die Fallbeispiele zeigen, dass die Tarifpartner nicht einstimmig festgelegt haben, ob die Minutagen Ärzte mit viel Erfahrung od. mit 2-jähriger Erfahrung voraussetzen. Die Kriterien (Erfahrung des Arztes) und Methoden (Messung der effektiven Zeit, Journalmethode, Median oder Durchschnitt, Normzeiten, Vergleiche) zur Festsetzung der Minutage sind nicht dokumentiert und darum für die Genehmigungsbehörde und Aussenstehende nicht nachvollziehbar.

2.4 Die Bewertung der technischen Leistungen (TL)

Für die Bewertung der technischen Leistung (TL) sind zwei Parameter ausschlaggebend: der Kostensatz pro Minute und die Minutage. Wenn man diese miteinander multipliziert, kommt man auf den Taxpunkt der technischen Leistung.

Abbildung 5: Die Bewertung der TL



Quelle: EFK

Die Bewertung des Kostensatzes und der Minutage der TL wurde, im Gegensatz zu den AL, in **zwei unterschiedlichen** Modellen – Grat und Infra - festgelegt. Beide Modelle werden im Hauptbericht von Infras eingehend beschrieben.⁴⁹

⁴⁹ Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele – Hauptbericht, Kapitel 2.

2.4.1 Der Kostensatz TL gemäss Modell Infra

Das Modell „Spitalambulatorium“ Infra basiert auf der Bewertung von 30-60 Parametern für jede der ca. 100 Sparten (Kostenstellen) wie z.B. Sprechzimmer oder OP1 (Operationssaal Typ 1, der einfachste Typus eines Operationssaals). Das Modell Infra soll die Vollkosten der TL auf der Basis eines normativ bzw. theoretisch gebildeten und wirtschaftlich geführten Modellspitals ausweisen. Beim Kostenrechnungsmodell Infra wurde (im Gegensatz zu Grat mit seiner empirischen Grundlage) „eine normative, analytisch-deduktive Vorgehensweise gewählt“.⁵⁰ Eine empirische Tarifierung gestützt auf eine national standardisierte Kostenträgerrechnung mit Einzelleistungen (Tarifpositionen) als Kostenträger war in den 90-er Jahren nicht realisierbar.⁵¹ Das Infra-Modell besteht aus fünf Hauptparametern: Betriebszeit, Anlagenutzungskosten, Personalkosten, Sach- und Umlagekosten und Verteilzeit. Diese Parameter werden im Folgenden am Beispiel der Sparte OP1 verdeutlicht:⁵²

1. Betriebszeit: Um den Kostensatz pro Minute zu berechnen, muss zuerst die Betriebszeit definiert werden, in welcher die Sparte für tarifierbare Leistungen zur Verfügung stehen soll. Gemäss der Norm des Infra-Modells wird die Sparte OP1 an 251 Tagen in einer 9-Stunden-Schicht betrieben. Davon fallen 2 Tage Wartungszeit sowie eine Tagesvorbereitung von 64 Minuten und eine Tagesnachbereitung von 44 Minuten als nicht tarifierbare Zeiten weg. Die Netto-Betriebszeit der Sparte OP1 beträgt somit 107'568 Minuten pro Jahr. Das Modell setzt voraus, dass der Operationssaal nachts und während den Wochenenden nicht genutzt wird.

2. Anlagenutzungskosten: Die Anlagenutzungskosten pro Minute berechnen sich aus den Jahreskosten für den Bau und die medizintechnische Ausstattung (gemäss den sparten-spezifischen Erfordernissen) sowie aus der Anzahl Minuten, in denen die Räumlichkeiten produktiv genutzt werden können. Das heisst für OP1:

- 131 m² Nettonutzfläche à 4'024 Franken / m² (gemäss SIA-Norm)
- Gerätekosten à 807'000 Franken (Abschreibung pro Jahr 85'950 Franken in 9,4 Jahren)
- Baukosten à 1'812'316 Franken (Abschreibung pro Jahr 127'279 Franken in 14.2 Jahren) (mit SIA Baukostenplanungsnormen und Rückindexierung gemäss Zürcher Baukostenindex)

Zusammen ergibt dies jährliche Anlagenutzungskosten von 163'169 Franken. Mit dem Landesindex der Konsumentenpreise korrigiert ergibt das einen Betrag von **1.52 Franken pro Minute.**

3. Personalkosten (PK): Das für die Sparte OP1 während der Betriebszeit notwendige Personal wurde in Expertengesprächen festgelegt. Dabei wurde zwischen nichtärztlichem Personal während der Auslastungszeit (=Raumbelegungs- und Wechselzeit) einerseits und der Tagesvor- und Tagesnachbereitungszeit andererseits unterschieden. Hinzu kommt das Personal, welches einer der Sparte übergeordneten Betriebsstelle zugeordnet, jedoch indirekt auch in der Sparte produktiv tätig ist (z. B. Leitung, Disposition der Leitstelle, Hilfspersonal für die Geräteaufbereitung sowie Organisationstätigkeit der Sekretärin). Diese umfassen folgende Personalaufwendungen.

⁵⁰ ZMT (1999): Masterdokumentation.

⁵¹ Mit REKOLE, dem neuen Standard für das Rechnungswesen im Spital, ist seit einigen Jahren der Zugang zu Kostendaten verbessert.

⁵² Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele – Hauptbericht, Kapitel 2.



- Pflegeassistentin: 2.128 Stellen (Jahreslohn gemäss Lohnerhebung 1997: 58'793 Franken)
- Operationsschwester/-Pfleger: 1.496 Stellen (83'543 Franken)
- Leitende OP-Schwester/-Pfleger: 0.333 Stelle (95'592 Franken)

Insgesamt betragen die Personalkosten **2.62 Franken pro Minute**

4. Die Sach- und Umlagekosten (SUK): In die Kategorie SUK fallen alle Personal-, Sach- und Anlagenutzungskosten, die nicht einer tarifierbaren Sparte zugerechnet sind. Sie umfassen damit insbesondere die Kosten der Verwaltung, der Versorgung und Entsorgung und die Kosten aus dem Peripheriebereich. Die Berechnung des spartenübergreifenden Satzes für Sach- und Umlagekosten - SUK-Satz - erfolgte anhand von Finanzbuchhaltungsdaten aus 10 Spitälern und ergab den SUK-Satz von 74.65%. Der SUK-Satz wurde zuerst auf 70% der nicht-ärztlichen Personal- und Anlagenutzungskosten festgelegt. Auf Grund der Intervention der Preisüberwachung wurde der SUK-Satz auf Ebene Sparte differenziert und er variiert im Berechnungsmodell zwischen 65% und 80%. Der Satz für die Sparte OP1 beträgt 65%. Die Sach- und Umlagekosten für die Sparte OP1 betragen somit **2.69 Franken pro Minute**.

5. Die Verteilzeit (VZ): Die Verteilzeit beschreibt im Infra-Modell die Zeit, die zwischen zwei tarifierbaren Leistungen vergeht. Verteilzeit kann heissen: Nichteintreffen des Patienten in der Betriebsstelle, Warten infolge unerwarteter Komplikationen des Patienten unmittelbar vor oder während des Eintreffens in der Betriebsstelle oder in der Funktionseinheit, Abbruch der Tätigkeit während der Vorbereitung (z. B. Operation), Notfallabruf des Arztes in eine andere Funktionseinheit etc. Im Infra-Modell wurde angenommen, dass auch bei voller Auslastung des Spitals eine durchschnittliche Zeit von 5% in Bezug auf die Gesamtzeit (Summe aus Raumbelagungszeit, Wechselzeit und Verteilzeit) verstreicht. Bei einer durchschnittlichen Verteilzeit von 5% ergeben sich somit Kosten von **0.36 Franken pro Minute**.

Hier ein Überblick über die erwähnten Kostenpunkte für OP1 gemäss Infra.

Tabelle 7: Zusammensetzung des Kostensatzes für die Sparte OP1 gemäss Infra

	Fr./Min.	%-Anteil des Kostensatzes
Anlagenutzungskosten	Fr. 1.52	21%
Personalkosten	Fr. 2.62	36%
Sach- und Umlagekosten	Fr. 2.69	37%
Verteilzeit	Fr. 0.36	5%
Total	Fr. 7.19	100%

Quelle: Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele – Hauptbericht, Kapitel 2

Infras hat für eine Reihe von Parametern die Elastizität des Kostenmodells berechnet⁵³. Die in der folgenden Tabelle für eine Reihe von Parametern ausgewiesenen Elastizitäten beschreiben die relativen Veränderungen des Kostensatzes TL bei ein-prozentigen Änderungen der Berechnungsparameter. Wenn sich z.B. der Parameter „Löhne“ um den Faktor 1% erhöht, so schlägt sich dies in einer Erhöhung des Kostensatzes TL um den Faktor 0.63% nieder. Eine negative Elastizität bedeutet, dass sich der Kostensatz verringert, wenn sich der Parameter erhöht.

⁵³ Infras (2010) Evaluation Tarmed : Fallbeispiele Hauptbericht.

Tabelle 8: Elastizität des Kostensatzes TL für die Sparte OP1

Bestandteile des Kostensatzes auf oberster Stufe	Elastizität
Anlagenutzungskosten	0.37
Personalkosten	0.63
SUK-Satz	0.39
Verteilzeit	0.05
Parameter und Normen tiefere Stufen	Elastizität
Brutto-Betriebszeit pro Tag	-0.58
Netto-Nutzfläche	0.12
Quadratmeterpreis	0.12
Zinssatz	0.12
Medizintechnische Einrichtung	0.01
Jahresarbeitszeit	-0.62
Löhne	0.63

Quelle: Infras (2010): Fallbeispiele – Hauptbericht.

Die Elastizität der Bestandteile des Kostensatzes auf der obersten Stufe (Anlagenutzungskosten, Personalkosten, Sach- und Umlagekosten, Verteilzeit) ist identisch mit dem relativen Anteil dieser Bestandteile am Kostensatz.

Von den weiteren Parametern haben v.a. die Betriebszeit der Sparte (-0.58) und die Jahresarbeitszeit (-0.62) bzw. Löhne (0.63) eine starke Wirkung. Interessant an den darunterliegenden Parametern ist auch, dass sich eine Veränderung des Zinssatzes (z.B. von 5 auf 6 Prozentpunkte = 20%) stärker auswirkt als eine Erhöhung der medizinischen Gerätepreise um denselben Faktor. Eine relative Erhöhung der Nutzfläche oder der medizintechnischen Einrichtung wirkt sich im Vergleich zu einer relativen Erhöhung der Löhne gering aus.

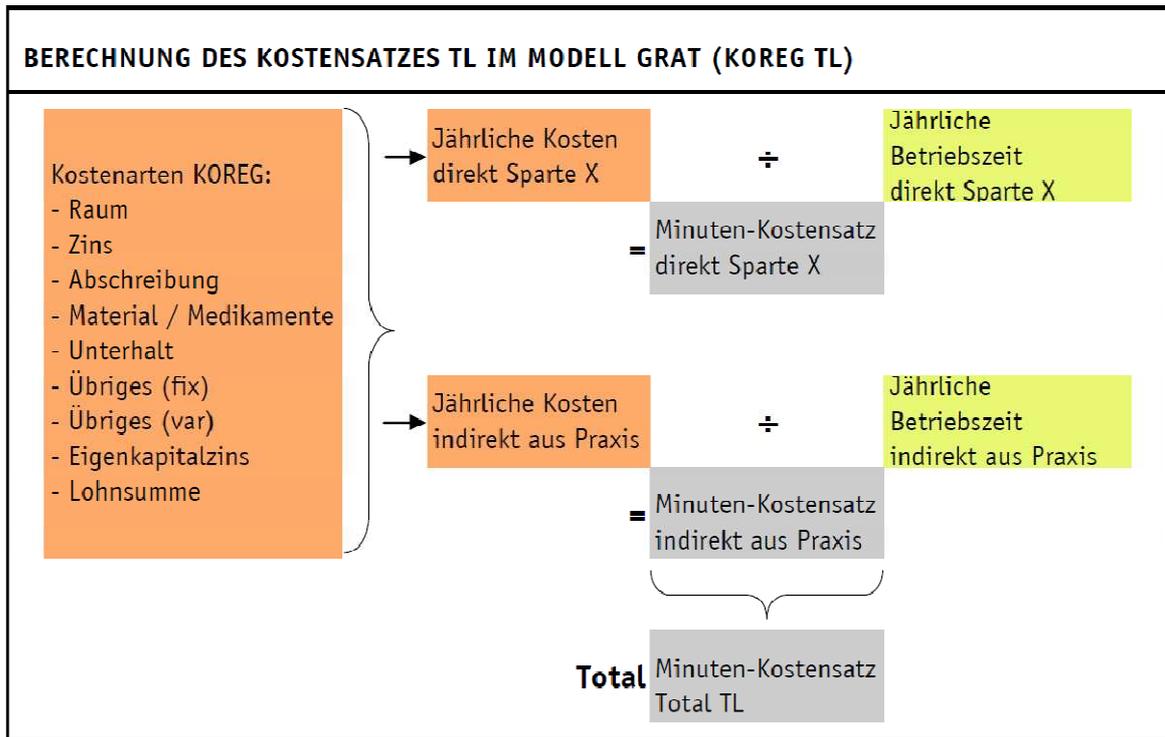
2.4.2 Der Kostensatz TL gemäss Modell Grat

Das Kostenrechnungssystem Grat beruht auf einer durch die Ärztekasse erhobenen Kosten-Leistungsrechnung (Roko). Roko-Daten aus den Jahren 1993-1996 mehrerer Fachgesellschaften wurden zu sechs spezifischen Kostenmodellen zusammengefügt, so z.B. zum Kostenmodell F) Grundversorger. Die Modulierung wurde Koreg genannt. Sog. kalkulatorische Kosten wie Eigenkapital, Zins und Salär Ehegatte wurden normativ festgesetzt. Weiter wurde diskutiert, welche Entschädigung für das Unternehmerrisiko zu berechnen sei. Es wurde bestimmt, dass es nicht Aufgabe der Kostenträger sei, diese Risiken abzudecken. Von den unternehmerischen Risiken abzugrenzen sind die versicherten Risiken und die Risiken des gebundenen Kapitals (normative Festlegung der Abschreibungssätze). Mit der Investitionserhebung Grat der FMH wurde eine Übersicht über die Infrastrukturausstattung der Arztpraxis geschaffen. Die Bildung der Sätze für Abschreibungen oblag hingegen der ZMT.

Spartenspezifische Parameter sind im Grat-Modell:

- Betriebsdauer pro Jahr
- Direkte Minutenkosten der Sparte
- Indirekte Minutenkosten der Sparte

Abbildung 6: Die Bewertung der TL gemäss Grat



Quelle: Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele – Hauptbericht, Kapitel 2.

Die sog. Eliminationskostensparten sind Physiotherapie, Labor, Praxis-Apotheke und Belegarzt/Spital. Diese Kosten mussten vorgängig von den Berechnungen der Kostensätze ausgeschlossen werden, da diese nicht über Tarmed abgegolten werden dürfen.

Der Kostensatz der Sparte Sprechzimmer besteht aus der Summe der direkten Kosten von 0.141 TP/Min. und der indirekten Minutenkosten von 1.499 TP/Min. Die indirekten Minutenkosten sind bedeutend höher, da u. a. der Lohn der Praxisassistentin einbezogen ist. Der Kostensatz TL der Sparte Sprechzimmer wird somit auf 1.64 TP/Min. berechnet, was für 5 Minuten 8.19 TP ergibt (7.29 Franken bei einem Taxpunktwert von 0.89 Franken).⁵⁴

Infras hat die relative Bedeutung (=Elastizität) verschiedener Parameter für den Kostensatz TL berechnet.

⁵⁴ Detaillierter Beschrieb, s. Infras (2010): Evaluation von Tarmed – Hauptbericht.

Tabelle 9: Elastizität des Kostensatzes TL für die Sparte EKG-Platz

ELASTIZITÄT DES KOSTENSATZES TL FÜR DIE SPARTE EKG-PLATZ	
Bestandteile des Kostensatzes auf oberster Stufe	Elastizität
TL direkt (0060) Modell F	0.36
TL indirekt (1100) Modell F	0.64
Betriebsdauer	Elastizität
Betriebsdauer EKG (0060)	-0.36
Betriebsdauer Praxis indirekt (1100)	-0.64
Kostenarten (direkt + indirekt)	Elastizität
Raumaufwand	0.13
Zinsaufwand	0.03
Abschreibung	0.07
Materialien/Medikamente	0.03
Unterhalt	0.02
Übriges fix ⁵⁵	0.04
Übriges variabel ⁵⁶	0.13
Eigenkapitalzins	0.03
Lohn	0.53

Quelle: Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele – Hauptbericht

Die Elastizität der Bestandteile des Kostensatzes auf der obersten Stufe (TL aus direkter Sparte und aus indirekter Sparte) ist identisch mit dem relativen Anteil dieser Bestandteile am Kostensatz. Auffallend an der Zusammenstellung ist vor allem die hohe Elastizität des Lohnbestandteils am Kostensatz: Verändern sich die Löhne um 1%, so verändert sich der Kostensatz um 0.53%. Sehr stark wirken sich auch die Spartenbetriebszeiten indirekt (-0.64) und direkt (-0.36) aus. Reduziert man die Betriebsdauer indirekt um 1%, so nimmt der Kostensatz um 0.64% zu. Hingegen haben die Abschreibungen und damit indirekt die Gerätekosten nur einen geringen Einfluss.

Fazit der EFK

Die Berechnungsmodelle für die spartenweisen Kostensätze sind komplex, aber strukturiert aufgebaut. Beide Modelle – Grat und Infra – dürften zumindest in ihrer Entstehungsphase Anfang/Mitte der 90er Jahre gemäss Infras der betriebswirtschaftlichen Kostenrealität weitestgehend Rechnung getragen haben. Seither haben sich jedoch verschiedene Parameter und evtl. auch Strukturen verändert. Insbesondere die Löhne, aber auch die Kosten für Materialien und Medikamente, der Verwaltungsaufwand und Gerätekosten sind seither gestiegen.

Das Infra-Modell ist in seinem Aufbau stark an Normvorgaben orientiert, allerdings fließen auch hier Durchschnittskosten aus empirischen Erhebungen ein. Das Infra-Modell wird positiv bewertet, weil auch neue, wenig verbreitete Technologien tarifiert werden können. Zudem werden die Eingriffsmöglichkeiten an Soll-Auslastungen als besser empfunden. Die veraltete und fehlerhafte Datenbasis des Infra-Modells ist problematisch, besonders bei Sach- und Umlagekosten. Die neuen Grundlagen, die für DRG genutzt werden (System Rekole) können in dieser Hinsicht auch für Tarmed nützlich sein.

⁵⁵ Praxisversicherungen, Fortbildung.

⁵⁶ Verwaltungsaufwand, Fahrzeugaufwand.

Das Problem beim Grat-Model besteht darin, dass es grösstenteils aufgrund von Durchschnittskosten und nicht normativ, basierend auf einer effizient betriebenen Praxis, berechnet wurde. Parameter wie bspw. Geräteauslastungen wurden nicht berücksichtigt. Gewisse Ausgangswerte sind zudem für Aussenstehende nicht ersichtlich (Geschäftsgeheimnis).

In den Modellen Grat und Infra für die Berechnung der Minutenkostensätze TL spielen die Betriebsdauer und Auslastungen samt Personaldotierung eine wesentliche Rolle, d.h. dass die Kostensätze sehr sensitiv auf Änderungen reagieren. Insbesondere hier sind bessere empirische Grundlagen aus Modellpraxen notwendig.

2.4.3 Die Minutagen der TL

Die Minutage TL Grat misst die leistungsspezifische Zeitdauer der Inanspruchnahme der Infrastruktur und des nicht-ärztlichen Personals in der Arztpraxis. Die beiden Komponenten der TL-Minutage sind die Raumbelungszeit und die Wechselzeit d.h. die Zeitspanne, welche benötigt wird um einen Raum nach einem Eingriff wieder in die Ausgangslage zurück zu versetzen. Darüber hinaus existieren auch Sonderfälle bei der Raumbelungszeit (z.B. Einheiten mit gleichzeitiger Tätigkeit an mehreren Patienten wie Aufwachraum etc.).

2.4.4 Tarifführerschaft

Mit der sog. Tarifführerschaft (und implizit auch der Zeitgeberschaft) wurde bestimmt, welches der beiden alternativen Modelle für jede der ca. 100 Sparten zur Anwendung kommen soll. Zur Festlegung haben die Verhandlungspartner dazu folgende Kriterien bestimmt:

1. Häufigkeit: Wo wird die Leistung am häufigsten und qualitativ am besten durchgeführt?
2. Wirtschaftlichkeit: Welches Kostenrechnungssystem bringt den tieferen Preis?
3. Ähnliche Leistungen: Mit welchem Kostenrechnungssystem wurden benachbarte Sparten (vgl. Abschnitt 2.1) berechnet?
4. Entscheid/Eingriff: Welcher Ort der Leistungserbringung ist erwünscht?

Die folgende Tabelle zeigt, welches Kostenrechnungssystem für die Triggerpositionen der Fallbeispiele 1-11 jeweils massgebend war und listet die entsprechenden Sparten und Kostensätze TL auf.

Tabelle 10: Kostensätze nach Grat und Infra der Sparten der Fallbeispiele

SPARTEN UND KOSTENRECHNUNGSSYSTEME FÜR DIE FALLBEISPIELE				
Fallbeispiel	System	Sparte	Kostensatz TL [CHF/Min.]	Kostensatz TL alternatives Modell
FB 1: Konsultation	GRAT	Sprechzimmer (0001)	1.639	1.226 (INFRA)
FB 2: Notfall-Inkonvenienz	-	-	-	-
FB 3: EKG	GRAT	EKG-Platz (0060)	2.287	2.651 (INFRA)
FB 4: Besuch	GRAT	Sprechzimmer (0001)	1.639	1.226 (INFRA)
FB 5: Refraktionsbestimmung	GRAT	UBR Ophthalmologie (0017)	2.587	2.202 (INFRA)
FB 6: Applanationstonometrie	GRAT	UBR Ophthalmologie (0017)	2.587	2.202 (INFRA)
FB 7: Kataraktoperation	INFRA	OP I (0049)	7.186	4.312 (über Tarifposition 35.0020)
FB 8: Gynäk. Präventive Untersuchung	GRAT	UBR Grundversorger (0022)	1.913	2.326 (INFRA)
FB 9: Ultraschalluntersuchung	GRAT	Gynäkologischer/geburts hilflicher Ultraschall (0172)	2.421	1.307 (INFRA)
FB 10: Operativer Schwangerschaftsabbruch	INFRA	OP I (0049)	7.186	4.312 (über Tarifposition 35.0020)
FB 11: Erstexpertise für Hörgeräte	GRAT	UBR ORL (0018)	2.355	2.202 (INFRA)

Quelle: Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele – Hauptbericht.

Wie aus der Tabelle ersichtlich, hat Infra bei OP1 Tarifführerschaft, in allen anderen Sparten der Fallbeispiele hat Grat Tarifführerschaft. Die Ursache für den bedeutenden Unterschied zwischen Grat- und Infra-Kostensatz für OP1 (+57%) ist darauf zurückzuführen, dass der erstgenannte für einen Operationssaal in einer Praxis, der zweitgenannte für eine Operationssaal in einem Spital berechnet wurde. Mit der Abzugsposition 35.0020, %-Reduktion der TL, wenn Praxis-OP statt OP1, soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass ein OP1 als Praxis OP tiefere Kosten auslöst als ein OP1 im Spital.

In der Version 1.06 des Tarmed sind ca. 90 Kostensätze nach Infra, 25 sind nach Grat tarifiert. Da die EFK nicht über die spartenweisen Häufigkeiten der erbrachten Leistungen verfügt, können die Kostenfolgen der Tarifführerschaft leider nicht abgeschätzt werden.

Fazit der EFK

Mit dem Prinzip der Tarifführerschaft hat man eine pragmatische Lösung gefunden, um zu bestimmen, in welchen Sparten der Kostensatz Grat (Arztpraxis) bzw. Infra (Spitalambulatorium) angewendet werden soll. Es fällt jedoch auf, dass die Kostensätze gemäss den beiden Modellen sehr unterschiedlich sind und dass in nur zwei der zehn Sparten der Fallbeispiele der tiefere Kostensatz gewählt wurde. Dass bspw. der Kostensatz OP1 bei einer Kataraktoperation oder einem Schwangerschaftsabbruch mit 7.19 Franken statt 4.31 Franken vergütet wird, hat natürlich grosse Folgen für die Gesamtkosten der Operation, für den Beschluss eine Investition für die Errichtung eines privaten Operationssaals zu tätigen und für die notwendige Auslastung dieses Operationssaals.

2.5 Die Taxpunktwerte sind eine klare Ausnahme vom Kostenrealitätsprinzip

Die Taxpunkte des Tarmed wurden in einer ersten Phase mit einem Taxpunktwert (Taxpunktwert) von 1.- Franken berechnet. Vor dem Inkrafttreten des Tarmed im KVG hatten die Tarifpartner mittels sog. Warenkorbstudien kantonale Starttaxpunktwerte berechnet. Es wurde vorausgesetzt und berechnet, dass dieser unter einem Franken liegen werde, da Tarmed kantonal und nach Leistungserbringerbereich kostenneutral umgesetzt werden musste, s. dazu Kap. 5.

Tabelle 11: Kantonale Taxpunktwerte, 2004-2009

	Arztpraxen					Spitäler ⁵⁷				
	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008
AG	0.89	0.90	0.90	0.89	0.89	0.94	0.94	0.94	0.90	0.90
AI	0.84	0.83	0.84	0.82	0.82	0.82	0.82	0.97	0.98	0.92
AR	0.84	0.83	0.84	0.82	0.82	1.00	0.95	0.90	0.90	0.90
BE	0.88	0.85	0.86	0.86	0.86	0.92	0.90	0.89	0.91	0.91
BL	0.96	0.94	0.96	0.93	0.94	0.94	0.92	0.92	0.94	0.94
BS	0.93	0.88	0.88	0.89	0.89	0.95	0.93	0.92	0.94	0.94
FR	0.91	0.87	0.92	0.92	0.91	0.97	0.94	0.75	0.85	0.85
GE	0.98	0.98	0.96	0.96	0.96	0.88	0.88	0.96	0.96	0.96
GL	0.84	0.83	0.84	0.82	0.82	1.00	1.00	0.97	0.98	0.95
GR	0.82	0.78	0.78	0.80	0.80	0.86	0.86	0.86	0.86	0.85
JU	0.95	0.99	0.99	0.99	0.99	0.94	0.94	0.94	0.86	0.86
LU	0.85	0.80	0.80	0.80	0.80	0.89	0.89	0.84	0.84	0.84
NE	0.92	0.89	0.93	0.92	0.92	0.91	0.93	0.95	0.95	0.95
NW	0.85	0.80	0.83	0.86	0.86	0.89	0.89	0.88	0.87	0.87
OW	0.85	0.80	0.83	0.86	0.86	0.89	0.89	0.88	0.87	0.87
SG	0.84	0.83	0.84	0.82	0.82	0.78	0.77	0.76	0.78	0.80
SH	0.84	0.83	0.84	0.82	0.82	0.92	0.91	0.89	0.86	0.86
SO	0.86	0.83	0.84	0.84	0.84	0.95	0.95	0.95	0.95	0.94
SZ	0.85	0.80	0.80	0.80	0.80	0.97	0.97	0.97	0.95	0.92
TG	0.84	0.83	0.84	0.82	0.82	0.92	0.92	0.92	0.92	0.92
TI	0.93	0.97	0.97	0.97	0.96	0.83	0.81	0.75	0.75	0.75
UR	0.85	0.80	0.83	0.86	0.86	0.89	0.89	0.88	0.87	0.87
VD	0.94	0.98	0.98	0.98	0.99	0.99	0.98	0.97	0.98	0.97
VS	0.78	0.78	0.79	0.80	0.81	0.72	0.76	0.89	0.90	0.90
ZG	0.85	0.80	0.80	0.80	0.80	0.97	0.94	0.90	0.90	0.88
ZH	0.96	0.91	0.90	0.90	0.89	0.96	0.93	0.93	0.92	0.92
Gewicht. Durchschnitt	0.90	0.88	0.89	0.88	0.88	0.91	0.90	0.90	0.90	0.90
Minimum	0.78	0.78	0.78	0.80	0.80	0.72	0.76	0.75	0.75	0.75
Maximum	0.98	0.99	0.99	0.99	0.99	1.00	1.00	0.97	0.98	0.97

Quelle: EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed

Die Tabelle zeigt, dass die Taxpunktwerte auch mehrere Jahre nach der Einführung von Tarmed im KVG in allen Kantonen und Leistungserbringerbereichen immer noch unter einem Franken liegen. Im gewichteten Durchschnitt liegt der Taxpunktwert 2008 in Arztpraxen bei 0.88 Franken und in öffentlichen Spitalambulatorien bei 0.90 Franken.

Die Analyse der EFK⁵⁸ zeigt folgende Entwicklungen in den **Arztpraxen**: in der Mehrzahl der Kantone kam es zu Taxpunktwerterenkungen. In den Kantonen JU, NW, OW, TI, VD stieg der

⁵⁷ Für 2004 und 2005 wurden die Jahreswerte aus monatlichen Werten berechnet. Spitäler umfassen nur öffentliche Spitäler. Für die Berechnung des gewichteten Durchschnitts wurde als Gewicht die Anzahl an Versicherten in der OKP im Jahre 2007 gemäss Statistik des Risikoausgleichs verwendet.

⁵⁸ EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zu Tarmed.

Taxpunktwert an. Der durchschnittliche Taxpunktwert ging von 2004 bis 2008 gewichtet von 0.90 auf 0.88 Franken zurück. Die Variabilität zwischen den Kantonen blieb zwischen 2004 und 2008 in einem vergleichbaren Rahmen.

Bei den **öffentlichen Spitälern** ergeben sich folgende Entwicklungen: In der Mehrzahl der Kantone kam es zu Taxpunktwerterhöhungen. In den Kantonen NE, GE, AI, SG, VS stieg der Taxpunktwert an. Der durchschnittliche Taxpunktwert ging von 2004 bis 2008 gewichtet von 0.91 auf 0.90 Franken zurück. Die Variabilität zwischen den Kantonen ging zwischen 2004 und 2008 zurück.

Es besteht nahezu keine Korrelation in dem Sinn, dass ein Kanton mit einem hohen Taxpunktwert bei den Arztpraxen auch einen hohen Taxpunktwert bei den Spitälern aufweisen würde.

Einflussfaktoren der unterschiedlichen Taxpunktwerte in den Kantonen: Die statistische Regressionsanalyse der Taxpunktwerte ergibt folgende Hauptresultate: Kantonale Kostenunterschiede bei Mieten und Löhnen spielen für die kantonalen Taxpunktwerte keine Rolle. Bei den zur Verfügung stehenden Daten stellen hingegen die Bruttoleistungen pro Versicherten des Vorjahres den besten Bestimmungsfaktor dar. In ähnlicher Art kann die Ärztedichte den unterschiedlichen Taxpunktwert erklären. Darin dürfte sich primär der Umstand spiegeln, dass höhere Bruttoleistung und eine höhere Ärztedichte vor Tarmed offenbar mit höheren Preisen verbunden waren und die Preisunterschiede mit Tarmed übernommen wurden.

Mit der Anwendung der Kostenneutralität von Tarmed auf kantonaler Ebene wurden die kantonalen Unterschiede in der Folge weitgehend weitergeführt. In der übernommenen historischen Struktur spielen offensichtlich auch andere Faktoren eine Rolle. In den Kantonen VS und GR führen diese Faktoren dazu, dass der effektive Taxpunktwert stark unter dem aufgrund von Bruttoleistungen und Ärztedichte zu erwartenden Wert liegt. In den Kantonen NE, FR, JU, ZH, BL führen die Faktoren dazu, dass der effektive Taxpunktwert stark über dem aufgrund von Bruttoleistungen und Ärztedichte zu erwartenden Wert liegt.

Fazit der EFK

Unterschiedliche Taxpunktwerte sollten nur kantonale Kostenunterschiede bei Gehältern und Mieten widerspiegeln. Die EFK-Analyse zeigt aber, dass dies nicht der Fall ist: die Taxpunktwertunterschiede sind historisch und vom Angebot (Ärztedichte) bedingt. Damit wird die Kostenrealität des Tarmed in Frage gestellt. Die Empfehlung der Genehmigungsbehörde an die Tarifpartner im Jahr 2002, kantonal einheitliche Taxpunktwerte anzustreben, wurde auch acht Jahre später nicht umgesetzt. Es gibt auch heute noch keine konkreten Pläne, wie diese Empfehlung umzusetzen ist.⁵⁹

2.6 Kostenrealität der Fallbeispiele: Zusammenfassung

Infras hat im Auftrag der EFK die Kostenrealität der Fallbeispiele untersucht.⁶⁰ In der Spalte 2 der unten stehenden Tabelle sind die Beurteilungen Kostenrealität wiedergegeben. Die Vergütung

⁵⁹ „Aufgrund der genehmigten Rahmenverträge werden während der Kostenneutralitätsphase unterschiedliche Taxpunktwerte zwischen Spitalambulatorien und Arztpraxen akzeptiert, mittelfristig muss aber eine Annäherung dieser Taxpunktwerte erfolgen (Empfehlungen des Bundesrats an die Tarifpartner und Kantonsregierungen im Zusammenhang mit der Genehmigung der Version 1.1).“

⁶⁰ Infrac (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele.

setzt sich aus Minutage und Kostensatz zusammen, die Beurteilungen dieser Eckwerte sind in den Spalten 3 und 4 zu finden. In der letzten Spalte sind wichtig erachtete Kommentare zu den Fallbeispielen wiedergegeben.

Tabelle 12: Beurteilung der Kostenrealität der Fallbeispiele: Zusammenfassung⁶¹

Fallbeispiel Nr.: Kurzname	Beurteilung Vergütung	Beurteilung Kostensatz	Beurteilung Minutagen	Kommentare
FB 1: Grundkonsultation Verrechnung ⁶² : Fr. 71.- CH-Umsatz ⁶³ : nicht machbar, da die vier Positionen mit anderen Positionen des Tarmed auftreten können.	Vermutlich eher tief.	Die Vergütung für die Pos. 00.0030, letzte 5 Minuten einer Konsultation, wurde im 2000 halbiert. Dies hat grosse Bedeutung für die Beurteilung der Vergütung für Konsultationen.	Nicht relevant, da Zeittarif.	Kurze Konsultationen wurden vor Tarmed besser vergütet, längere Konsultationen sind in vielen Kantonen mit Tarmed besser vergütet. Dauer der Konsultationen nimmt zu.
FB 2: Inkonvenienzpauschale Verrechnung: Fr. 146.- CH-Umsatz: 111 Mio. Franken (nur Arztpraxen)	Vermutlich eher tief.	Kostensatz vermutlich eher tief, weil hohe Kosten (Löhne), tiefe Auslastung und wenig effiziente Leistungserbringung zu Randzeiten.	Keine Aussage.	Inkonvenienzpauschalen wurden verhandelt, nicht berechnet.
FB 3: EKG Verrechnung: Fr. 119.- CH-Umsatz: 114 Mio. Franken.	Vermutlich eher tief.	Kostensatz vermutlich eher tief, weil geringere Auslastung als im Modell berechnet.	Keine Aussage möglich, da unterschiedliche Einschätzungen.	Notwendigkeit einer eigenen Sparte EKG und vorausgesetzte Auslastung infrage gestellt.
FB 4: Besuch Verrechnung: Fr. 106.- CH-Umsatz: 122 Mio. Franken (nur Arztpraxen)	Vermutlich eher tief.	Kostensatz vermutlich eher tief, weil Zeitverluste etc.	Keine Aussage.	Die Besuchspauschalen wurden verhandelt, nicht betriebswirtschaftlich berechnet.
FB 5: Refraktionsbestimmung Verrechnung: Fr. 125.- CH-Umsatz: 141 Mio. Franken (nur Arztpraxen)	Vermutlich eher hoch.	Keine abschliessende Aussage möglich mangels konkreter Angaben.	Minutagen eher hoch. Es stellt sich die Frage, ob gewisse Positionen sich überschneiden.	Mengenausweitung. Abgrenzung zw. objektiver und subjektiver Refraktionsbestimmung notwendig. Abgrenzung zw. AL und TL ist betriebswirtschaftlich nicht korrekt, da ärztliches Hilfspersonal AL erbringt.
FB 6: Applanationstonometrie Verrechnung: Fr. 32.- CH-Umsatz: 53 Mio. Franken (nur Arztpraxen und Einzelposition!)	Keine Aussage möglich.	Keine Aussage möglich.	Keine Aussage möglich.	Anzeichen von Mengenzunahme, aber schlechte Datenlage. Abgrenzung zw. Tonometrie (Luftdruck) und Applanationstonometrie notwendig. Abgrenzung zw. AL und TL ist betriebswirtschaftlich nicht korrekt, da ärztliches Hilfspersonal ärztliche Leistungen erbringt.
FB 7: Kataraktoperation Verrechnung: Fr. 1'196.- CH-Umsatz: 68 Mio. Franken	Vermutlich eher hoch.	Gemäss Infrac ist keine Aussage möglich, weil unterschiedliche Einschätzungen, insbesondere bezüglich Produktivitätsfaktoren. Die EFK stellt die Basis für die Festlegung der Produktivitätsfaktoren (speziell OP1) in Frage.	Minutagen eher hoch.	Starke Mengenzunahme (+50% in 8 Jahren). Bedarf und Kosten der Anästhesie bei Kataraktoperation werden kontrovers diskutiert. Die Preisüberwachung hat sich mehrmals über die Vergütungen, vor allem die viel zu hohe Minutage geäussert. ⁶⁴ Die Empfehlungen zur Senkung der Minutagen wurden von den Tarifpartnern bisher nicht befolgt.

⁶¹ Quellen: Infrac (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele Hauptbericht; Infrac (2010): Fallstudien Tarmed; EFK (2010): Fallstudien Tarmed – Fallbeispiel 1.

⁶² Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket (TPW = .89) / Geschätzte OKP Verrechnungssumme empirisches Leistungspaket in Arztpraxen und Spitalambulatorien =

⁶³ Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket (TPW = .89) / Geschätzte OKP Verrechnungssumme empirisches Leistungspaket in Arztpraxen und Spitalambulatorien – Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool falls verfügbar (nicht durch private Zusatzversicherungen).

⁶⁴ Siehe z.B. Brief vom 15. September 2005 des Preisüberwachers an das BAG betreffend Tarmed-Tarifstruktur 1.04.

FB 8: Gyn. Präv. Unters. Verrechnung: Fr. 121.- CH-Umsatz: nicht verfügbar	Vermutlich tief/angemessen.	Kostensatz vermutlich eher tief.	Angemessen	Grosser Handlungsspielraum der Ärzte, welche die gleichen Leistungen auch einzeln abrechnen können. Tendenz steigend. Finanzielle Auswirkungen unklar.
FB 9: Ultraschalluntersuchung Verrechnung : Fr. 177.- CH-Umsatz: 18 Mio. Franken (nur Arztpraxen!)	Keine Aussage möglich.	Keine abschliessende Aussage möglich, da unterschiedliche Einschätzungen.	Keine Aussage möglich, da unterschiedliche Einschätzungen	Grosser Handlungsspielraum der Ärzte, welche die gleichen Leistungen auch einzeln abrechnen können. Tendenz steigend. Santésuisse meint, dass ca. 4 Untersuchungen pro Schwangerschaft abgerechnet werden (2008: 76'671 Lebendgeburten), dass also die Leistungen ca. 300'000 Mal erbracht wurden, 3 Mal mehr als die vorliegenden Zahlen dokumentieren.
FB 10: Abortbehandlung CH-Umsatz: 4 Mio. Franken (nur Arztpraxen kleiner Teil!)	Vermutlich eher angemessen.	Kostensatz vermutlich angemessen.	Keine Aussage möglich, da unterschiedliche Einschätzungen	Gemäss BFS liegt 2009 die Gesamtzahl aller Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz bei 10'629. Über die Hälfte der Schwangerschaftsabbrüche werden also nicht über die Pos des Tarmed abgerechnet sondern privat bezahlt, medikamentös oder stationär durchgeführt. Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch ersetzt beim Abort zunehmend die operative Methode.
FB 11: Hörexpertise Verrechnung: Fr. 392.- CH-Umsatz: 15 Mio. Franken (nur Arztpraxen)	Vermutlich eher hoch ⁶⁵ .	Kostensatz vermutlich angemessen.	Minutagen eher hoch	Gemäss „Quasi-Pauschale“ müsste ein Patient im Durchschnitt 134 Min in der Praxis sein. Gemäss Versicherern sei in Stichproben gemessen worden, dass die Aufenthaltsdauer von Patienten in der Praxis mit rund einer Stunde (oder weniger) um einiges kürzer sei als die Minutagen gemäss Tarmed. Überschwellige Tests: Bedarfsgerecht? Möglichkeiten, Teile der AL an die Praxisassistentin zu delegieren relativieren die betriebswirtschaftliche Bemessung stark.

Die Taxpunkte, welche das zentrale Element der Tarifstruktur ausmachen, sind das Produkt von Kostensatz und Minutagen.

Die Fallbeispiele sind für die Leistungen der Spitalambulatorien wenig repräsentativ. Gemäss Aussagen von H+ und einem Bericht aus dem Kanton Graubünden subventionieren die Kantone die Spitalambulatorien, Tarmed ist für diese nicht kostendeckend.⁶⁶ Für Santésuisse ist es nicht erwiesen, dass Ambulatorien welche nicht kostendeckend arbeiten, einer effizient betriebenen Praxis entsprechen.

Fazit der EFK

Insgesamt gesehen werden die Vergütungen für die Fallbeispiele 1-4 als eher tief, diejenige für Fallbeispiel 8 als eher tief bis angemessen bewertet. Die Vergütung von Fallbeispiel 10 wird als angemessen, diejenige für die Fallbeispiele 5, 7, 11 als eher hoch beurteilt. Für die Fallbeispiele 6 und 9 ist eine abschliessende Beurteilung nicht möglich.

Die Ergebnisse betreffen primär die Arztpraxen weil die Datenlage in Spitalambulatorien keine Analyse von Leistungspaketen zulies. Eine abschliessende Beurteilung der Kostenrealität ist nur

⁶⁵ Gemäss SGORL sei aus dem Studientext von INFRAS ersichtlich, dass die Kostenrealität angemessen ist, wobei es in Einzelfällen zu Schwankungen nach unten und oben komme.

⁶⁶ Gesundheitsamt Graubünden: Wirkungsanalyse Neue Spitalfinanzierung 2007: Das dritte Jahr. „Immer noch haben viele Spitäler das Ziel einer kostendeckenden Führung des Ambulatoriums nicht erreicht.“ (S. 11).

möglich, wenn neben Tarmed-Daten pro Leistungspaket (Preise) auch repräsentative Kostendaten einer effizient betriebenen Praxis vorliegen.

Die Diskussionen über die Minutagen zeigen, dass es wichtig wäre, die aktuellen Minutagen empirisch zu erheben und anzupassen. Santésuisse und die ZMT haben der EFK vertrauliche Beispiele mit offensichtlich überhöhten Minutagen vermittelt. Basis für die Einschätzung sind Operations- bzw. Anästhesie-Protokolle. Dass die Minutagen im TARMED zum Teil massiv überhöht sind werde selbst von der FMH nicht bestritten.

Wegen der offensichtlich überhöhten Minutagen gibt es bekannte und starke Verzerrungen in der Tarifstruktur welche seit Jahren nicht korrigiert werden. Unabhängige Analysen der Minutagen fehlen und das Revisionsprojekt Tarmed 2010 ist in diesem Bereich sehr generell und unklar.

2.7 Test des Tarmed Modells - wird das Referenzeinkommen erreicht?

Das Referenzeinkommen, welches der Berechnung des Tarmed zugrunde gelegt war belief sich bei einem Taxpunktwert von 1.- Franken auf 207'000 Franken (Arztlabor, Physiotherapie, Medikamentenabgabe exklusive). Für Ärzte mit der Dignität 5 liegt dieses Referenzeinkommen bei 187'335 Franken (Dignitätskoeffizient = 0.905).

Anhand von Rechenbeispielen, mittels einer sog. 100% Hypothese, werden die Auswirkungen auf den Umsatz AL des Arztes gezeigt, falls dieser ausschliesslich Leistungspakete aus drei der untersuchten Fallbeispielen verrechnet. Die Rechenbeispiele erlauben, die interne Kohärenz des Tarmed Modells und die Kostenrealität der betroffenen Positionen zu testen.

Die Rechenbeispiele stammen aus den Fallbeispielen Konsultation (FB1), Refraktion (FB5) und Kataraktoperation (FB6). Beim FB1 wurden vier Hypothesen getestet. Wegen der Halbierung der Vergütung der letzten 5 Minuten (Pos. 00.0030) kann der Umsatz je nach Minutentakt der Konsultation variieren. So wird bei 12 Fünfminuten-Konsultationen 12 Mal die Position 00.0010 benützt, bei 6 Zehnminuten-Konsultationen 6 Mal die Position 00.0010 und 6 Mal die Position 00.0030.

Tabelle 13: 100% Hypothese für drei Typen Arztpraxen

	Minutage	Produktivität	100% Hypothese		Referenzeinkommen	
			Anzahl pro Jahr (a)	Umsatz AL (Franken)	Dignität	Umsatz AL (Franken)
Konsultation im 5 Minutentakt						
5 Minutentakt	5		19'580	166'803		
10 Minutentakt	10		9'790	125'059		
15 Minutentakt	15	85%	6'530	138'973	5	187'335
20 Minutentakt	20		4'890	145'931		
Subj. Refraktion	35 (b)	85%	2'800	162'000	5	187'335
Kataraktoperation	95 (b)	45%	546	170'000	7	224'802

(a) Berechnung aus Minutage einer Konsultation, Jahresarbeitszeit und Produktivität der Sparte.

(b) Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket. Quelle: Berechnungen der EFK

Die reine Konsultationspraxis erwirtschaftet aus Tarmed eine AL zwischen maximal 125'059 Franken und 166'803 Franken, je nach Konsultationstakt. Ophthalmologische Praxen erwirtschaften eine AL von 162'000 Franken (Subjektive Refraktionsbestimmung) und 170'000

Franken (Kataraktoperation). Das dignitätsjustierte Referenzeinkommen gemäss dem Tarmed-Modell von 187'335 Franken (224'802 Franken) wird also weder von einer Konsultationspraxis noch von einer Ophthalmologiepraxis erreicht. Die Umsatzlücke zwischen dem rechnerischen Umsatz AL und dem dignitätsjustierten Referenzeinkommen ist auf folgende Faktoren zurückzuführen:

- Eine Erhöhung des Taxpunktwertes von 0.89 Franken auf 1.- Franken ergibt einen rechnerischen Umsatz AL welcher dem dignitätsjustierten Referenzeinkommen ungefähr entsprechen würde (+20'616 Franken)
- Grundversorger: Die Halbierung des Taxpunktes der Position 00.0030
- Ophthalmologen: Eine zu tiefe berechnete Produktivität oder zu hoch berechnete Minutagen

Gemäss Einkommensstatistik der frei praktizierenden Ärzte („Hasler-Statistik“ der FMH)⁶⁷ liegt das Ärztteeinkommen (Zentralwert) im 2006 bei 175'960 Franken (Allgemeinmedizin), 186'000 Franken (Innere Medizin) und 288'000 Franken (Ophthalmologie).⁶⁸ Im Referenzeinkommen sind Sozialabgaben inbegriffen. Das faktische Ärztteeinkommen gemäss „Hasler-Statistik“ liegt also bei den Grundversorgern ein bisschen höher und bei den Ophthalmologen viel höher als das Soll-Bruttogehalt, welches Tarmed zugrunde liegt. Nicht zu überprüfen ist, welcher Anteil dieses Einkommens aus Tarmed bzw. anderen Einnahmequellen wie Labor, Zusatzversicherungen⁶⁹ etc. stammt und ob die faktische Tarmed-Leistung der Allgemeinpraktiker der Soll-Arbeitszeit entspricht (abhängig vom Beschäftigungsgrad).

Viele Faktoren können dazu beitragen. Besonders relevant sind zu tiefe Produktivitätsfaktoren AL (Katarakt) oder zu hohe berechnete Minutagen (subjektive Refraktion). Gemäss Aussagen (s. Infras (2010): Fallbeispiel 7, Kap. 1.4) gibt es ca. 30 Operateure, welche im Jahr 800-1'200 Kataraktoperationen durchführen.

Fazit der EFK

Durch eine Steigerung der faktischen Produktivität ergeben sich sehr unterschiedliche Resultate. Mittels Steigerungen der Effizienz kann eine Ophthalmologie-Praxis, sei es bei Refraktionsbestimmungen od. Kataraktoperationen, das Einkommen verdoppeln. Gemäss Interviewaussagen, s. Infras (2010): Fallbeispiel 5, ist es möglich, die Refraktionsbestimmung statt in 35 Minuten in 12 Minuten vorzunehmen.

Im Tarmed gibt es einerseits Tarifpositionen, welche nach Zeittarif abgerechnet werden (vor allem Grundleistungen und Konsultationen) und andererseits sog. Handlungspositionen. Produktivitätsgewinne sind für den einzelnen Arzt möglich, wenn die faktische Zeit geringer ist als die Minutage. Bei Positionen des Zeittarifs sind solche Produktivitätsgewinne – im Gegensatz zu Handlungspositionen - nicht möglich. Da Grundversorger in kleinerem Ausmass Handlungspositionen abrechnen als technisch orientierte Disziplinen, sind für Grundversorger Einkommensverbesserungen mittels dieser Produktivitätsverbesserungen viel schwieriger zu realisieren.

⁶⁷ Siehe z.B. SAEZ 2010;91: 12

⁶⁸ EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zu Tarmed, Kap. 6.

⁶⁹ Zusatzversicherungen spielen besonders bei Belegärzten und im stationären Bereich eine Rolle für das Einkommen der Ärzte.

Ausserdem sind die Kontrollmöglichkeiten bei letzteren besser, da weder Minutage noch effektive Zeit für Handlungsleistungen aus der Rechnungslegung hervorgehen.

2.8 Fazit: Grosse Fortschritte, aber problematische Eckwerte und Inkohärenzen

Bezüglich Kostenrealität sind grosse Fortschritte zu vermerken: Das Modell Tarmed ist komplex, aber strukturiert aufgebaut. Mit Tarmed wurden in Hinblick auf die Berechnung betriebswirtschaftlicher Kosten grosse Fortschritte erzielt. Trotzdem existieren noch Inkohärenzen und fragwürdige Parameter, die die Kostenrealität beeinträchtigen.

Die unterschiedlichen Taxpunktwerte sollten nur kantonal unterschiedliche Miet- und Lohnkosten widerspiegeln. Die Analysen der EFK zeigen aber, dass dies nicht der Fall ist: die unterschiedlichen Taxpunktwerte sind historisch und auch vom Angebot (Ärztedichte) bedingt.

Gewisse Produktivitätsfaktoren sind problematisch tief: Zum Beispiel die Produktivität des Operationsaal 1, dessen Produktivität von 72% in Version Tarmed 1.0 auf 45% in Version 1.1 gesenkt wurde. Es ist nicht erwiesen, dass dies einer effizient betriebenen Praxis entspricht. Wie ausgeführt, reagieren die Kostensätze AL sehr sensitiv auf die Produktivität, es ist darum für die Kostenrealität entscheidend, dass diese auf effizient betriebenen Infrastrukturen basieren.

Minutagen als unterschätzter Faktor der Kostenrealität: Bei den Minutagen fehlt noch vieles für den Nachweis der betriebswirtschaftlichen Korrektheit - insbesondere bei Leistungspaketen, welche aus zahlreichen Positionen bestehen. Es fehlen glaubwürdige einheitliche Kriterien und Methoden für die Bestimmung der notwendigen ärztlichen und technischen Zeit. Die Minutagen sind oftmals das Resultat nicht offen gelegter, interner Abklärungen zwischen Fachspezialisten. Mögliche Überschneidungen der Minutagen in Leistungspaketen sind zu vermeiden.

Die Dignitätsskala als Ausdruck unterschiedlicher Ausbildungsdauer (und damit Lebens-einkommen) ist schwierig nachvollziehbar.

Beide Modelle für die Berechnung der Minutenkostensätze (Grat und Infra) dürften zumindest in ihrer Entstehungsphase Anfang/Mitte der 90er Jahre der betriebswirtschaftlichen Kostenrealität weitgehend Rechnung getragen haben. Seither haben sich jedoch verschiedene Parameter und Behandlungsstrukturen verändert. Insbesondere die Löhne, aber auch die Kosten für Materialien und Medikamente, der Verwaltungsaufwand und die Gerätekosten sind gemäss Angaben der Tarifpartner gestiegen.

Der Unterschied bei gewissen Minutenkostensätzen zwischen Infra und Grat ist bedeutend. Das Infra-Modell ist in seinem Aufbau stark an Normvorgaben orientiert, allerdings fliessen hier Durchschnittskosten aus empirischen Erhebungen mit ein. Am Infra-Modell wird geschätzt, dass auch neue, wenig verbreitete Technologien tarifiert werden können. Zudem werden die Eingriffsmöglichkeiten an Soll-Auslastungen als besser empfunden. Die dünne Datenbasis des Infra-Modells ist problematisch, besonders bei den Sach- und Umlagekosten. Die neuen Grundlagen, die für DRG genutzt werden (System Rekole), können in dieser Hinsicht nützlich sein. Das Problem beim Grat-Modell besteht darin, dass der Tarif nicht aufgrund von Durchschnittskosten, sondern basierend auf einer effizient betriebenen Praxis berechnet werden sollten. Es gilt zu verhindern, dass verschwenderisch kostspielige medizinische Technologien verrechnet werden können.

Bei einigen untersuchten Leistungspaketen wird die Vergütung als eher tief, bei anderen als eher hoch bewertet (Ophthalmologie und ORL). Eine abschliessende Beurteilung der Kostenrealität ist nur möglich, wenn neben Tarmed-Daten pro Leistungspaket (Preise) auch repräsentative Kostendaten einer effizient betriebenen Praxis vorliegen.

Grosser Spielraum besteht bei Handlungspositionen: Bei intellektuellen Leistungen wie Konsultationen gelten Regeln eines Zeittarifs, bei technischen Leistungen sind die Möglichkeiten mittels verbesserter Effizienz zusätzliches Ärztteinkommen zu erzielen bedeutend besser. Sind bei technischen Leistungen Minutagen zu hoch und Produktivitäten zu tief, entstehen Inkohärenzen zwischen Leistungen nach Zeittarif und nach Handlungstarif.

Da Leistungen in der Regel mit zahlreichen Positionen verrechnet werden, stellt sich die Frage der Überschneidungen zwischen Einzelpositionen („Mengenrabatte bei effizienter Leistungserbringung“), einschliesslich Überschneidungen zwischen Zeitpositionen und Handlungspositionen. Gemäss einleitender Interpretation des Tarmed im Kapitel „Auge“ und im Kapitel „Ohr“ erfolgt „die Entschädigung medizinisch-technischer Leistungen unabhängig davon, ob die Leistung ganz oder teilweise durch den Facharzt oder allein durch nichtärztliches Personal durchgeführt wird“.⁷⁰ Wenn es zur gängigen Praxis wird, dass ärztliche Aufgaben an medizinisches Hilfspersonal delegiert werden, sollte dies über die TL und nicht über die AL vergütet werden. Hier ist ein Schwachpunkt betreffend Kostenrealität auszumachen, welcher bei der geplanten Revision durchdacht werden muss.

⁷⁰ Siehe z.B. Tarmed Version 1.06 S. 467 und S. 568.

3 Bringt Tarmed verbesserte Transparenz?

3.1 Transparenz für wen und wozu?

Für die vorparlamentarische Expertenkommission („Kommission Schoch“), die 1990 zur Vorbereitung des KVG eingesetzt wurde, waren Transparenz und Vergleichbarkeit Ziele der Vereinheitlichung der Tarifstrukturen.⁷¹ 24 unterschiedliche kantonale Krankenkassentarife sowie der UV-/MV-/IV-Tarif und der Spitalleistungskatalog (SLK) sollten dank eines schweizweit einheitlichen Tarifs überflüssig werden. Gleiche Leistungen waren bisher in den verschiedenen Tarifen unterschiedlich vergütet worden. Die Vereinheitlichung sollte verbesserte Transparenz und damit Vergleichbarkeit der Leistungen und der Preise ermöglichen. Gemäss Gesetz hat der Bundesrat auch dafür zu sorgen, dass die Tarifordnung des KVG mit anderen Sozialversicherungen koordiniert ist (Art. 43 Abs. 7 KVG). Tarmed wird seit 2004 bei ambulanten ärztlichen Behandlungen für alle vier Sozialversicherungen genutzt. Jede Sozialversicherung hat aber ihre eigene rechtliche Grundlage, der Leistungsumfang der vier Sozialversicherungen ist nicht identisch aber die Tarifstruktur ist (mit einigen Ausnahmen) gemeinsam.

Um Transparenz zu gewährleisten, müssen quantitative und qualitative Informationen über Tarmed zeitgerecht zugänglich sein, sie müssen zudem verständlich und nützlich sein. Transparenz hat ihre Kosten (z.B. Aufbereitungskosten unter Rücksichtnahme auf Datenschutz usw.) und muss angemessen sein. Es muss auch klar sein, wer der Nutzniesser der verbesserten Transparenz ist. Während dieser Evaluation stellte sich die schwierige Frage, welche Informationen im langen Verhandlungsprozess wem zu welchem Zeitpunkt transparent gemacht wurden.

Die Tarifstruktur für die Versionen 1.1 bis 1.07 ist in mehreren elektronischen Formaten auf der Web-Seite von Tarmed-Suisse abrufbar. Für jede der ca. 4'300 Tarifpositionen sind die Parameter wie Name und Nutzung der Tarifposition, Taxpunkte für die AL, Taxpunkte für die TL, quantitative und qualitative Dignität des Arztes, Dotation der Assistenz, Sparte, Interpretation usw. angegeben. Die Tarifstrukturen vor Tarmed waren weniger transparent und nicht einheitlich.

Fazit der EFK

Was die Transparenz der Tarifstruktur betrifft, repräsentiert Tarmed einen grossen Fortschritt im Vergleich zu früheren Tarifen. Die Elemente des Leistungskatalogs sind für alle ca. 4'300 Positionen/Einzelleistungen nach einer gleichen sehr differenzierten Struktur dargestellt. Der Zugang zu elektronischen Daten der Versionen 1.1 bis 1.07 sowie Änderungsprotokollen seit der Version 1.02 ist somit für Tarifpartner, Genehmigungsbehörde und Allgemeinheit gewährleistet. Bei der betriebswirtschaftlichen Berechnung gibt es die wichtige Unterscheidung zwischen AL und TL. Bei einigen Leistungen wird den Leistungserbringern grosser Handlungsspielraum gelassen, wie zu verrechnen ist.

⁷¹ „Durch die Vereinheitlichung der Tarifstrukturen sollen vor allem folgende Ziele erreicht werden:

- Eine angemessene Wertrelation unter den Leistungen aufgrund betriebswirtschaftlicher Bemessungskriterien
- Erhöhte Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen
- Eine bessere Koordination zwischen den Sozialversicherungen
- Ein Beitrag zur Eindämmung der Kosten durch die Einwirkung auf ein wesentliches Element der Preisbildung.“

(Quelle: Revision der Krankenversicherung, Bericht der Expertenkommission Schoch vom 2. November 1990, S. 60).

3.2 Transparenz der Berechnungsmodelle für die Tarifpartner

Die Berechnungsmodelle Infra und Grat sind für die Tarifpartner offengelegt, sie haben sie selbst erarbeitet. Gemäss Santésuisse war die Offenlegung der empirischen Grundlagen für das Grat-Modell am entscheidenden Zeitpunkt der Tarmed-Verhandlungen mangelhaft. Gegenwärtig sind diese Grundlagen für einige durch die Tarifpartner autorisierte Benutzer bei Tarmed-Suisse einsehbar.⁷² Die von der Medizinaltarifkommission (MTK) berechneten Modelle hingegen waren für einige Betroffene nicht zugänglich.⁷³ Es existiert keine aktualisierte Beschreibung der Tarifmodelle Grat und Infra mit Hinweis auf berechnete bzw. verhandelte Eckwerte (Datum und Methode der Erhebung). Bei der Festsetzung der Minutagen fehlt eine transparente Darstellung gänzlich. Weder seitens der Leistungserbringer noch seitens der Kostenträger war eine Dokumentation über die Festsetzung der Minutagen für diese Evaluation zugänglich.

So bemängelten die Schweizerische Vereinigung der Belegärzte an Privatkliniken (SVBP) und die FMH:⁷⁴

„Ein betriebswirtschaftlicher Tarif, der auf der Basis empirisch ermittelter Kostendaten beruht, muss zwingend auf normative Vorgaben zurückgreifen, damit nicht immer höhere nachgewiesene Kosten gleichzeitig auch das Vergütungsniveau in die Höhe schrauben. Solche normative Vorgaben müssen auch für Tarmed gemacht worden sein. Transparenz darüber würde die Akzeptanz der damit abgeleiteten Leistungsbewertungen erhöhen.“

Normative Stellschrauben (effizientes Praxismodell) wurden im Modell Grat nicht benutzt, sie waren im entscheidenden Zeitpunkt der Tarmed-Verhandlungen Santésuisse nicht bekannt.

Fazit der EFK

Es fehlen eine glaubwürdige, schriftliche Dokumentation der Kriterien und Methoden für die Festsetzung der Minutagen (effiziente Praxis eines erfahrenen Arztes bzw. Spitalambulatoriums, Messmethode für die notwendige Zeit, Journalmethode oder Chronometer-Messung, Durchschnitts- oder Medianzeit, empirische Daten und (internationale) Vergleiche, Expertisen und Gegenexpertisen).

Die fehlende Transparenz über die Festsetzung der Minutagen und Produktivitäten AL stellt die betriebswirtschaftliche Korrektheit in Frage und ist Grundlage für Meinungsverschiedenheiten zwischen den Tarifpartnern.

Im Lauf der Arbeit mit den Fallstudien hat sich gezeigt, dass der Informationsstand bei den Leistungserbringern und Leistungsträgern verbessert werden sollte. Bei vielen Leistungserbringern gehen die Kenntnisse von Tarmed nicht über die Anzahl Taxpunkte AL und TL hinaus. Von den Berechnungsmodellen wissen die Beteiligten generell wenig. Die Masterdokumentation von 1999 der ZMT wird als vertraulich bezeichnet und ist nicht ajour.

Es ist nur punktuell nachvollziehbar, zu welchem Zeitpunkt der Verhandlungen welche Informationen über die Berechnungsmodelle in welchem Format wem zugänglich gemacht wurden.

⁷² Datenzugang wird von einer privaten Firma verwaltet.

⁷³ „Die von der MTK aufgestellten Berechnungsmodelle für den Tarmed wurden von Beginn an geheim gehalten. Es konnte keine detaillierte Überprüfung der Modelle vorgenommen werden, was zum einen Misstrauen produzierte und zum anderen die Chance für korrektive Inputs am Berechnungsmodell verunmöglichte.“ (SAEZ 2003;84: Nr 47).

⁷⁴ Neubauer, G. und Lindl, C. (Dez. 2000): Die betriebswirtschaftlichen Grundlagen von Tarmed. Phase 1, Allgemeiner Teil. Studie im Auftrag der Schweizerischen Vereinigung der Belegärzte an Privatkliniken (SVBP) und der FMH.

3.3 Transparenz des Tarifvertrags für die KVG-Genehmigungsbehörde

Die gesamte Tarifstruktur des Tarmed wurde und wird anlässlich der Gesuche um Genehmigung dem Bundesrat zugänglich gemacht. Seit 2004 ist die gesamte Tarifstruktur auf der Web-Seite von Tarmed Suisse zugänglich.

Gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG hat der Bundesrat Tarifverträge, welche in der ganzen Schweiz gelten, zu genehmigen. Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob der Tarifvertrag mit dem KVG und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

Die Genehmigungsbehörde versteht die Tarifstruktur Tarmed als Teil der genehmigungspflichtigen Tarifverträge und der Bundesrat hatte schon anlässlich der ersten Genehmigung gefordert, dass alle zukünftigen Änderungen der Tarifstruktur durch ihn genehmigt werden müssen.

H+ und die FMH haben mehrmals vergebens gegenüber der Genehmigungsbehörde die Position geltend gemacht, dass der Bundesrat revidierte Tarifstrukturen (u.a. Version 1.04) nur zur Kenntnis zu nehmen habe, da diese selber keinen Tarifvertrag darstellen. Das federführende Bundesamt hat diese Argumentation zurückgewiesen.

Was ist Wirtschaftlichkeit und wie wird diese gemessen? Dieser Frage widmet sich eine eigens dafür aufgeschaltete Web-Seite des BAG.⁷⁵ In Übereinstimmung mit gängiger gesundheits-ökonomischer Literatur unterscheidet das BAG drei Methoden der Messung der Wirtschaftlichkeit:

- 1) Bei der Kosten-Nutzen-Analyse werden alle Kosten und Konsequenzen in monetären Einheiten ausgedrückt.
- 2) Bei der Kosten-Effektivitäts-Analyse werden die Kosten in monetären Einheiten und die Effekte in nicht-monetären Einheiten ausgedrückt (z.B. erfolgreich behandelte oder verhinderte Krankheitsfälle, reduzierte Krankheitshäufigkeit und -dauer, gewonnene Arbeitstage, etc.).
- 3) Bei der Kosten-Nutzwertanalyse werden die Kosten monetär, die Effekte bzw. Nutzen in Form von bspw. qualitäts-adjustierte Lebensjahre (quality adjusted life years, QALYs) ausgedrückt.

Es ist der EFK nicht bekannt, dass bei der Genehmigung des Tarmed je eine dieser Methoden der Wirtschaftlichkeitsprüfung Anwendung gefunden hat, gemäss BAG sind diese Methoden bei der Prüfung des Tarmed nicht relevant.

Die Prüfung, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht, wird vom BAG folgendermassen ausgelegt:

„Die Angemessenheit einer Tarifvereinbarung wird an den Vorgaben Wirtschaftlichkeit und Billigkeit gemessen. Konkret sind sowohl die Höhe und die korrekte Berechnung des Tarifes wie seine Auswirkungen auf das Leistungsvolumen zu prüfen. Die wirtschaftliche Tragbarkeit eines Tarifes oder einer Tarifierhöhung wird dabei nicht zuletzt anhand des Prämienanstieges beurteilt, der durch seine Einführung ausgelöst wird.“⁷⁶

Die Fallstudien im Rahmen dieser Evaluation zeigen, dass gewisse (umstrittene oder neue) Leistungen, wie z.B. Ultraschallkontrollen in der Schwangerschaft (s. Fallbeispiel 9), im

⁷⁵ BAG, Was ist Wirtschaftlichkeit und wie wird diese gemessen?

<http://www.bag.admin.ch/transplantation/00692/02582/03135/index.html?lang=de>.

⁷⁶ Schneider, Sandra in CHSS 2/2001: Tarifbildung im schweizerischen Gesundheitswesen, S. 59.

Zusammenhang mit der Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KLV Gegenstand von Evaluationen durch die Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) waren.⁷⁷ Eine Untersuchung der ELGK durch die GPK zeigte jedoch dass bei Prüfungen durch die ELGK Wirtschaftlichkeitsaspekten grösseren Wert zugemessen werden sollte.⁷⁸

Im Sommer 1998 gaben die vier Tarifpartner gemeinsam die 40-seitige Broschüre „Grundlageninformationen zu Grat/Infra“ heraus. Diese Informationen sind zu generell und nicht für eine Überprüfung des Tarmed nach KVG geeignet, tragen aber zur Verbesserung der allgemeinen Transparenz bei. Die Preisüberwachung hatte dagegen im 1999 mit seiner detaillierten, technischen Aussprache zu einem besseren Verständnis des Tarifmodells für Spezialisten beigetragen.

Das federführende Bundesamt hat ein Instrument entwickelt um die verschiedenen Versionen der umfassenden Tarifstruktur Tarmed vergleichen und überprüfen zu können. Zudem hatte es im Jahr 1999 im Zusammenhang mit der Genehmigung der ersten Tarifstruktur drei externe Studien in Auftrag gegeben um verschiedene Aspekte des Tarmed untersuchen zu lassen. Eine der Studien bestätigte, dass Tarmed (vorausgesetzt Taxpunktwert Fr. 1.-) zu einem starken Ausgabewachstum führen würde. Es ist für die EFK nicht nachvollziehbar, da nicht dokumentiert, welches der Auftrag der Studien war und auf welche Art und Weise die Studien im federführenden Bundesamt in die Prüfung des Tarifvertrags einfließen.

Fazit der EFK

Die Tarifpartner hatten die Genehmigungsbehörde (BSV) im 1999 mündlich über die Berechnungsmodelle (Grat/Infra) informiert. Die ZMT hatte mit Datum Juli 1999 eine Masterdokumentation über Tarmed erarbeiten lassen. Die Masterdokumentation wird als provisorischer Endbericht bezeichnet, bezieht sich auf die Tarmed Version Beta 3 und wurde später nicht aktualisiert. Dieses Dokument wurde der Genehmigungsbehörde im entscheidenden Moment, bei der Erstgenehmigung der Tarifstruktur der Version Alpha 3.0, nicht zugänglich gemacht. Die Berechnungsgrundlagen (Modelle und Eckwerte) waren für die Genehmigungsbehörde nur „im Allgemeinen“ bekannt.

In der Medienmitteilung des EDI vom 18. September 2000 betreffend Version Alpha 3.0 ist Folgendes zu lesen:⁷⁹

„Der Bundesrat hat die neue, gesamtschweizerische Arzttarifstruktur Tarmed genehmigt. Tarmed stellt die Arzttarife in der Krankenversicherung auf eine betriebswirtschaftliche Basis, macht die Kosten vergleichbar und erhöht die Transparenz.“

⁷⁷ BAG, Kommissionen, siehe

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04013/index.html?lang=de>.

⁷⁸ „Die GPK-N erachtet das Vertrauensprinzip nach Artikel 33 Absatz 1 KVG bei den ärztlichen Leistungen als grundsätzlich angemessen. Nach diesem Prinzip wird die Kassenpflicht ärztlicher Leistungen bis zum Beweis des Gegenteils automatisch angenommen. Die Kommission sieht aber in der Umsetzung dieses Prinzips verschiedene Schwachstellen. Aufgrund des Vertrauensprinzips wird nur ein sehr geringer Teil aller medizinischen Innovationen bzw. Indikationenerweiterungen evaluiert.“

⁷⁹ EDI, Medienmitteilung vom 18. Sept. 2000: Krankenversicherung: Bundesrat genehmigt gesamtschweizerische Arzttarifstruktur TarMed, http://www.admin.ch/cp/d/39c5ff48_1@fwsrv.g.bfi.admin.ch.html.

Der Bundesrat ging davon aus, dass Tarmed auf einer betriebswirtschaftlichen Basis erstellt war, obwohl dem federführenden Bundesamt die Berechnungsmodelle nicht vollständig transparent gemacht wurden.

Die Version Alpha 3.0 des Tarmed wurde nicht umgesetzt. Auch die Version 1.0 wurde von den Tarifpartnern zurückgezogen.

Beim Gesuch um Genehmigung der Version 1.1 konnte das federführende Bundesamt sich auf die Änderungen von Alpha 3.0 via Version 1.0 zur Version 1.1 konzentrieren. Mit Unterstützung des Bundesamtes für Justiz betrachtete das federführende Bundesamt den Antrag um Genehmigung der Version 1.1 nicht als eine neue Tarifstruktur, sondern als eine Revision bzw. zwei Revisionen einer schon genehmigten Tarifstruktur. Die Version 1.1 wurde am 30. September 2002 vom Bundesrat zusammen mit den beiden Rahmenverträgen gemäss KVG genehmigt. Am 30. September 2002 gab der Bundesrat den Kantonsregierungen und den Tarifpartnern auch relativ detaillierte Empfehlungen zur Umsetzung der Kostenneutralität ab.

Fazit der EFK

Mit der Medienmitteilung von September 2000 bestätigte der Bundesrat, dass er die Tarifstruktur Alpha 3.0 genehmigt. Gleichzeitig attestiert er Tarmed eine „betriebswirtschaftliche Basis“, jedoch mit begrenztem Know-how über das Kostenmodell. Scheinbar war die Genehmigungsbehörde ebenfalls unter Zeitdruck geraten.

Ungenügend thematisiert wird ausserdem vom federführenden Bundesamt (und teils auch von der Preisüberwachung) die gänzlich fehlende Transparenz im Bereich der Minutagen als zentraler Faktor der Kostenrealität.

3.4 Transparenz der Rechnungen für die Patienten

Neben den Tarifpartnern und der Genehmigungsbehörde nimmt der Gesetzgeber die Leistungserbringer betreffend Transparenz der Rechnungsstellung in die Pflicht, s. Art. 42 Abs. 3 KVG:

„Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können.“

Grundsätzlich gilt im KVG, im Gegensatz zum UVG, immer noch das System des „Tiers garant“ (Art. 42, Abs. 1 KVG). Im System des „Tiers garant“ ist der Patient Schuldner (Rechnung), im System des „Tiers payant“ ist die Krankenversicherung Schuldner. Im stationären Bereich gilt seit 2009 konsequent das System des „Tiers payant“. Im ambulanten Bereich ist es je nach Kanton/Leistungserbringerbereich unterschiedlich ob das System des „Tiers garant“ oder das System des „Tiers payant“ praktiziert wird. Im 2010 praktizieren nur 7 von 44 Spitalambulatorien das System des „Tiers garant“, im Bereich Arztpraxen ist hingegen das System des „Tiers garant“ die Regel.⁸⁰

In zahlreichen Kantonen ist also der Patient bei ambulant erbrachten Leistungen in der OKP immer noch gesetzlich gesehen der Schuldner. Der Patient sollte darum eine Rechnung erhalten, welche es ihm möglich macht, die Berechnung der Vergütung zu überprüfen. Tarmed-Rechnungen

⁸⁰ Siehe Angaben in den Übersichten über Taxpunktwerte auf der Homepage von Santésuisse.

enthalten Begriffe, Kodes und ein Format, dass eine einfache Kontrolle durch den Patienten erschwert. Leistungen nach Tarmed werden zusammen mit Leistungen nach anderen Tarifen (Medikamente, Labor, etc.) fakturiert.

Fazit der EFK

Die Rechnungen/Rückforderungsbelege sind für Patienten unverständlich (unverständliche Namen der Leistungen, lateinische Begriffe und viele Kodes). Die Rechnungen enthalten weder die faktisch aufgewendete Zeit noch die Minutagen (normative Zeit). Im „Tiers garant“ ist der Patient der Schuldner, und das KVG bestimmt, dass der Leistungserbringer eine Rechnung zu erstellen hat, welche dem Patienten erlaubt, die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung zu überprüfen. Dies ist mit der aktuellen Rechnungsstellung nicht der Fall, Handlungsbedarf ist seit Jahren bekannt.

3.5 Transparenz für die Krankenversicherer und Santésuisse

Gemäss Art. 56 KVG und Art. 76 KVV haben die Krankenversicherer die Pflicht, im Rahmen der Grundversicherung, die Wirtschaftlichkeit von abgerechneten Leistungen zu prüfen und allenfalls Massnahmen gegen eine Praxisführung zu ergreifen, welche sich nicht an den Behandlungserfordernissen orientiert. Eine dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden (Art. 56 Abs. 2 KVG).

Santésuisse hat erstmals für das Jahr 2004 mit der sog. ANOVA-Methode (=Varianzanalyse) eine Gesamtkostenmethode für Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte eingeführt. Die Methode vergleicht die Kosten eines Arztes pro Patient mit den Durchschnittskosten der Patienten aller Ärzte der gleichen Facharztgruppe. Genutzt wird hauptsächlich Referenzdaten aus dem Datenpool und gemäss Santésuisse seit einiger Zeit auch aus dem Tarifpool. Innerhalb der ANOVA-Methode werden das Fachgebiet, das kantonale Kostenniveau sowie das Alter und Geschlecht der Patienten berücksichtigt. Abrechnungen von Ärzten, deren Kosten pro Patient/-in 30 % über dem Durchschnitt liegen, gelten als statistisch auffällig und werden näher analysiert. Wer (zu) hohe Kosten hat, wird kontaktiert und gebeten, die hohen Kosten pro Patient/-in zu begründen. Nicht begründbare, überhöhte Kosten müssen in der Folge reduziert werden. Rückzahlungsforderungen werden erst dann gestellt, wenn der Arzt seine zu hohen Kosten nicht begründen kann oder will und wenn er ausserdem keine Anstrengungen unternimmt, diese zu senken. In den meisten Fällen, in denen Ärzte als auffällig identifiziert wurden, konnte anhand von Praxisbesonderheiten eine Erklärung für die hohen Kosten pro Patient/-in gefunden werden. Oft wird auch eine kosten-senkende Lösung im Sinne einer Verhaltensänderung mit dem Arzt vereinbart. In jenen Fällen, in denen Rückzahlungsforderungen vor Gericht verhandelt werden mussten, hat das Bundesgericht im Rahmen einer gefestigten Rechtsprechung in der Regel die Position der Versicherer gestützt.⁸¹

In letzter Zeit ist die Debatte zwischen der Ärzteschaft und Santésuisse über die Wirtschaftlichkeitsverfahren erneut entbrannt.⁸² „Die Wirtschaftlichkeitsverfahren von Santésuisse sind Durchschnittskostenvergleichsverfahren, die mit einem echten Wirtschaftlichkeitsverfahren nichts

⁸¹ Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Santésuisse,

http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=25646&detail=yes&navid=247.

⁸² D'Angelo, Mirjam, und Rhy, Paul: Stellungnahme der Santésuisse zum Art. von Jürg Nadig «Verdeckte Rationierung dank Wirtschaftlichkeitsverfahren?» Wirtschaftlichkeitsverfahren der Santésuisse nach der ANOVA-Methode, in 2008;89: 21. Siehe auch SAEZ 2009;90: 1/2, SAEZ 2007;88: 9. SAEZ 2006; 50. SAEZ 2005;86: 31.

gemeinsam haben“, so der Kern der Kritik der Ärzteschaft. Diese Verfahren würden unter den Ärzten zu einem Klima der Angst und einer versteckten Rationierung sinnvoller Leistungen führen. Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sei die Morbidität entscheidend. Diese wird aber in der ANOVA-Methode nicht berücksichtigt.⁸³

Der Gebrauch von Analogiepositionen ist gemäss Tarmed-Richtlinien verboten. Sie verfälschen die Transparenz und die Möglichkeit der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen. Selbst für Santésuisse ist es schwierig und aufwändig, von den Versicherungen Rechnungsbeispiele zu erhalten, welche zeigen, wie z.B. die Kapselendoskopie via Analogieposition verrechnet wird.

Fazit der EFK

Wirtschaftlichkeitsverfahren gemäss KVG sind nicht Gegenstand dieser Evaluation. Aufgefallen ist dennoch, dass es Leistungserbringer/Ärzte mit mehreren Abrechnungsnummern gibt und dass damit die Kontrolle schwierig/unmöglich wird. Weiter ist die Regelung über Qualitätserfordernisse und WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) als Teil der Tarmed Rahmenverträge nicht geregelt. Für eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sind verlässliche Diagnoseangaben notwendig. Die Verbesserung der Regelung über Diagnosen im Tarmed besteht noch immer aus einer Absichtserklärung der Tarifpartner.⁸⁴

3.6 Transparenz der Gesundheitskosten

Die Bedeutung des Tarmed für die Gesundheitskosten ist nur ungenügend bestimmbar. Die Evaluation der EFK zeigt, dass die vorhandenen statistischen Quellen stark begrenzt sind. „Es existiert keine einzelne Quelle, mit welcher die Entwicklung über eine längere Periode vor und nach Einführung von Tarmed differenziert für den gesamten Tarmed-Bereich verfolgt werden könnte. In der Folge sind verschiedene statistische Quellen beizuziehen, die bezüglich Definitionen und Abgrenzungen aber erheblich voneinander abweichen können und nur bedingt miteinander kompatibel sind“.⁸⁵

So ist es z.B. nicht möglich, systematische Vergleiche der Leistungen, der Ausgaben und der effektiven Kosten zwischen Spitalambulatorien und Arztpraxen vorzunehmen. Die Tarifpartner verfügen - jeder für sich - über Daten, welche nach verschiedenen Methoden, Definitionen und Abdeckung erhoben und hochgerechnet werden. Im Zusammenhang mit Tarmed brauchen die Tarifpartner hierfür den Begriff „Datenparität“. Das BFS und das BAG müssen für den Zugang zu statistischen Informationen zum KVG (Datenpool und neu auch Tarifpool) Beiträge zahlen.

Die Qualität und Repräsentativität der Daten von Santésuisse – Datenpool und insbesondere Tarifpool – werden von Seiten der FMH und H+ kritisiert. Santésuisse kritisiert ihrerseits die ungenügende und kantonale unterschiedliche Abdeckung bei den Daten der Ärztekasse, welche in dieser Evaluation benutzt wurden, die Daten für Spezialisten seien damit nicht repräsentativ. Die EFK wurde im Rahmen dieser Evaluation ebenfalls kritisiert, Tarifpool-Daten in den Fallbeispielen verwendet und hochgerechnet zu haben. Aber ohne diese Hochrechnungen gäbe es keine

⁸³ HMO-Ärzte werden hingegen schon seit 2005 mittels eines morbiditätsbereinigten Risikoausgleichs (und nicht nur nach sog. demographischen Kriterien) bewertet. Es scheint also technisch möglich zu sein, eine Lösung zu finden.

⁸⁴ Die Parteien beabsichtigen, existierende Diagnosecodes aufgrund ihrer Erfahrungen durch ein kohärentes System auf der Basis ICPC/ICD-10-Codierung abzulösen, s. z.B. <http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Tariffragen/Tarmed/Anhang4-d.pdf>.

⁸⁵ EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed.

Angaben über die Anzahl Leistungen (z.B. Anzahl vergütete EKG pro Jahr) und auch keine Angaben über die Höhe der Vergütungen für diese Leistungen (s. Anhang 4). Der Abdeckungsgrad und die Qualität der Daten der AEK, des Tarifpools und Datenpools sind im Teilbericht der EFK über die statistischen Quellen (S. 10-) abgehandelt.

Nur etwa die Hälfte aller Rechnungen wird von den Krankenkassen an den Tarifpool geliefert, weil die Teilnahme freiwillig ist. Die Daten des Jahres 2004 aus dem Tarifpool waren für diese Evaluation daher nicht brauchbar. Ein statistischer Vorher-Nachher-Vergleich war nur für sehr wenige Merkmale und dank der Zusammenarbeit mit einem Trustcenter der Ärzteschaft (Ärztekasse) möglich. Selbst Daten mit begrenzter Repräsentativität und Validität waren nur sehr schwer zu beschaffen. Nachforschungen zeigen, dass ca. 13% des Rechnungsvolumens eines Arztes von den Patienten selbst bezahlt werden, diese erscheinen daher nicht in der Rechnungstellerstatistik von Santésuisse.⁸⁶ Über diesen relativ hohen Anteil Rechnungen gibt es daher keine näheren Angaben.

Die Tarmed-Daten der UV sind bei der ZMT verfügbar. Die ZMT konnte aus Ressourcengründen keine Daten für diese Evaluation liefern. Tarmed-Daten der IV sind bei der Zentralen Ausgleichskasse (ZAS) zugänglich. Die statistische Analyse des Fallbeispiels 11 aus dem IV-Bereich hat begrenzten Wert, da es sich als sehr aufwändig erwies, von der ZAS auch nur das Minimum der gewünschten Daten zu erhalten. Aus dem Bereich der Zusatzversicherungen waren keine validen Daten erhältlich. Ein Vergleich der Ausgaben für ambulante Kataraktoperationen verglichen mit den stationären z.B. wäre wünschenswert und nützlich gewesen.

Im Auftrag der FMH werden seit Jahren Daten der freien Ärzteschaft erhoben und analysiert.⁸⁷ In dieser Statistik fehlen Angaben über den Beschäftigungsgrad und über die Quellen der Einkommen (Tarmed, Selbstmedikation, Belegärzte), sie ist damit nur begrenzt brauchbar, um die Einkommensziele des Tarmed zu überprüfen. Auch Angaben über Einkommen der Spitalärzte fehlen. Die ungenügenden (Einkommens-)Statistiken führen immer wieder dazu, dass eine „theoretisierende“ statt eine konkrete Debatte über Massnahmen, z.B. für die finanzielle Stärkung der Hausarztmedizin mittels Umverteilung innerhalb bzw. ausserhalb Tarmed geführt wird. Dazu zwei Beispiele:

1. Antwort des Bundesrates auf das Postulat 07.3279: „Auch wenn kein linearer Zusammenhang zwischen Umsatz und Einkommen einer Praxis besteht, so ist doch davon auszugehen, dass sich die durchschnittlichen Einkommen der Grundversorger mit Tarmed eher erhöht haben. Allerdings ist es möglich, dass aufgrund der Kostenneutralitätsvorgaben in gewissen ländlichen Kantonen, in denen Grundversorger überproportional stark vertreten sind, die angestrebte Besserstellung bedingt durch tiefere kantonale Taxpunktswerte nicht ganz erreicht werden konnte...“
2. Pressemitteilung der FMH vom 16.4.2010: „Die immer wieder diskutierte Einkommensumlagerung von den Spezialisten zu den Grundversorgern genügt daher nicht, da Spezialisten den wesentlichen Teil ihres Einkommens aus der Zusatzversicherung erzielen.“

⁸⁶ Romanens, Michel et al. (2009): Krankenkassen, Santésuisse und Wirtschaftlichkeitsverfahren, die keine sind ...in SAEZ 2009;90: 1 / 2, S. 51.

⁸⁷ Reichert, M.: Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2006 (neu) und 2005 (Re-Evaluation), in SAEZ 2010;91: 12.

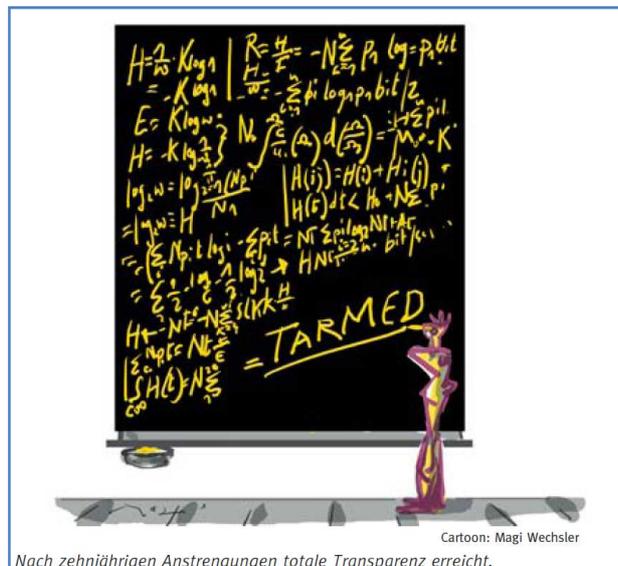
Die Fallstudien der EFK zeigen, dass die verschiedenen Datenquellen sowie die Auswertungen aus Datenpool, Tarifpool und Ärztekasse ihre Vorteile und Nachteile haben und dass sie kombiniert nützliche Datengrundlagen für aussagekräftige Analysen liefern könnten. Im Rahmen eines Pilotprojekts, das durch das BAG in Auftrag gegeben wurde, sollten daher auch Möglichkeiten für die Analyse der Wirtschaftlichkeit des Tarmed aufgrund einer systematischen Auswertung der existierenden Daten aufgezeigt werden.⁸⁸ Da es keine systematischen und verlässlichen Angaben über Diagnosen/Behandlungsursachen gibt, wurde ebenfalls mit Triggern gearbeitet (wie bei den Fallbeispielen der EFK).

Fazit der EFK

Das Hauptproblem ist, dass die vorliegenden Datenquellen nur von den jeweiligen Dateneignern definiert, erhoben und genutzt werden. Eine Nutzung durch neutrale Aussenstehende könnte dazu beitragen, die Datenqualität und Transparenz zu verbessern. Eine wissenschaftliche Begleitung des Tarmed wurde z.B. nicht vorgesehen. Mit Tarmed wurde auch der neue Begriff „Datenparität“ geschaffen.

3.7 Fazit: Verbesserte Transparenz – Potenzial schlecht genutzt

Abbildung 7: Transparenz der Berechnung des Tarmed aus Sicht eines Cartoon-Zeichners



Quelle: Ärztekasse, Check-up 01/2000⁸⁹

Wie oben humoristisch dargestellt, sind Berechnungen zu Tarmed eine komplexe Angelegenheit. Tarmed bringt aber punkto Transparenz im Vergleich zu den früheren kantonalen Tarifen einen sehr grossen Fortschritt. Die Tarifstruktur aller Jahresversionen des Tarmed ist für alle Interessierten vollständig offen gelegt. Die betriebswirtschaftlichen Berechnungen des Tarmed wurden teilweise offen gelegt, sie waren und sind aber trotzdem nicht für alle verständlich und nützlich. Die zugrunde liegenden Modelle sind komplex und enthalten eine Mischung von impliziten und

⁸⁸ Eggli Y, Halfon P, Chikhi M, Bandi T, Känzig H. (2007): Diagnosegestützte Indikatoren zur Analyse der Krankenversicherung. Soziale Sicherheit CHSS 3/2007, S131-135.

⁸⁹ Prantl, Anton (2000): Professionalität und Partnerschaft in „Check-up“ 2000 Nr. 1, http://www.cassadeimedici.ch/fr/cm_data/check-up_1.pdf.

expliziten Modellvoraussetzungen. Die Voraussetzungen für die Festsetzung von Minutagen (erfahrener Arzt, effiziente Leistungserbringung, Erhebungsmethode) sind z.B. für die Tarifpartner und die Genehmigungsbehörde nur ungenügend transparent.

Gemäss Gesetz obliegt es der Genehmigungsbehörde, die Wirtschaftlichkeit und Billigkeit der Tarmed-Verträge zu prüfen. Die Tarifstruktur der zu genehmigenden Tarmed-Versionen wurde dem federführenden Bundesamt zugänglich gemacht und von diesem analysiert. Die vollständigen Berechnungsgrundlagen wurden hingegen - im entscheidenden Moment der ersten Tarifgenehmigung - der Genehmigungsbehörde vorenthalten.

Die Leistungserbringer sind gesetzlich verpflichtet, dem Schuldner eine verständliche Rechnung zuzustellen, mit Angaben welche eine Kontrolle ermöglichen. Im System des „Tiers garant“ geht die Rechnung an den Patienten. Die Tarmed-Rechnungen sind für Durchschnittspatienten nicht verständlich (Kodes, lateinische Ausdrücke und unnötige Details). Für eine einfache Kontrolle der erbrachten Leistungen fehlt die wichtigste Information über die Dauer der Leistungserbringung.

In der vorliegenden Einkommensstatistik der freien Ärzteschaft fehlt die Angabe des Beschäftigungsgrades. Damit besteht keine Möglichkeit, die einkommensbezogene Aufwertung der Grundversorgung durch Tarmed zu quantifizieren.

Den Tarifpartnern stehen verschiedene Erhebungen, Datenbanken und Auswertungen zur Verfügung. Diese werden verwendet, um eigene Interessen in den Verhandlungen geltend zu machen. Man spricht in diesem Zusammenhang von Datenparität (nach dem Motto: „Meine Daten sind die richtigen!“). Die existierenden Datensätze haben unterschiedliche Definitionen, wurden aus verschiedenen Perspektiven erhoben und haben jeweils eigene Schwächen (Repräsentativität, Validität). Weiter fehlen Daten über Franchisen und Selbstbehalte sowie über Zusatzversicherungen/Belegärzte. Die Daten der Tarifpartner sind teilweise schwer zugänglich. Unabhängige, vergleichende Studien der Leistungspakete nach Kantonen, Regionen und Leistungserbringer (s. Fallstudien Infras) fehlen. Eine wissenschaftliche Begleitung des Tarmed ist nicht vorgesehen.

4 Wurden die ärztlichen Leistungen durch Tarmed aufgewertet?

4.1 Zielformulierung

Die Tarifpartner hatten im Jahr 1989 Leitlinien für die Entwicklung eines neuen Ärztetarifs formuliert. Gemäss diesen sollte die (intellektuellen) ärztliche Leistung gegenüber den medizinischen und interventionellen (technischen und apparativen) Leistungen aufgewertet werden. Des Weiteren strebte man eine Reduktion der Einkommensunterschiede unter den verschiedenen Fachgruppen an.⁹⁰

Je nach Kontext und Autor gibt es unterschiedliche Präzisierungen der beiden vorgenannten Leitlinien. Es wurde (teils abschätzig) von „Apparatemedizin“ geredet. Kritisiert wurde auch, dass sich die Ärzte (unter den alten Tarifen) nicht genug Zeit für das Patientengespräch nehmen können.⁹¹ Gemäss Bundesrat ist die Aufwertung der Einkommen der Grundversorger (auch heute noch) vor allem ein standespolitisches Ziel.⁹² Auch die am 1. April 2010 eingereichte Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ verfolgt u. A. das Ziel, die Einkommen der Hausärzte zu verbessern, damit die Hausarztmedizin mit den Spezialdisziplinen konkurrieren kann.⁹³

4.2 Getroffene Massnahmen: Was wurde gemacht?

Mit Einführung von Tarmed werden die ärztlichen Leistungen AL und die technischen Leistungen TL separat berechnet. Im Kapitel 2 wurde verdeutlicht, dass durch das Reengineering I und II von den Tarifpartnern mehrere Änderungen vorgenommen wurden, welche die relative Position der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin eher schwächten. Dazu gehörten die Reduktion der Produktivitäten in gewissen Sparten (besonders im OP), Festhalten am „Severity and Complexity Score Index“ (SCSI)⁹⁴ bei gewissen technischen Leistungen, Halbierung der letzten 5 Konsultationsminuten sowie Änderungen der Dignitätsskala. Der Präsident der SGAM hatte im Jahr 2001 davor gewarnt, dass das Reengineering für die Allgemeinärzte einen Rückschritt darstellt.⁹⁵

In Tarmed wurde ein eigenes Kapitel mit Grundleistungen definiert, welches für die Grundversorger eine wichtige Rolle spielt, aber allen abrechnenden Ärzten zur Benützung offen steht (s. nachfolgende Tabelle).

⁹⁰ Ärztekasse, Check-up 01/2000: Tarmed – eine unendliche Geschichte?

⁹¹ Siehe dazu einen Brief von Bundesrat Dreifuss an die Tarifpartner.

⁹² Siehe Antwort des Bundesrates auf die Interpellation Huguenin 06.3166, „Ärztmangel in der Grundversorgung“.

⁹³ Argumentarium: 43 Gründe für die Eidgenössische Volksinitiative «JA zur Hausarztmedizin», http://www.jzh.ch/download/20100113_argumentarium_de.pdf.

⁹⁴ Die Ärztekammer hatte gemäss SAEZ 2001;82: Nr 25 am 2.2.2000 beschlossen, die operativ-invasiven Leistungen mit einem Faktor 1.2 anzuheben. Dieser Entscheid wurde in der Tarmed Tarifstruktur umgesetzt, indem ein globaler Severity-Complexity-Score-Index (SCSI) eingeführt wurde, so dass sämtliche diesbezüglichen ALs mit diesem SCSI multipliziert werden. Gemäss Interviewaussagen gilt bei gewissen Positionen immer noch dieser SCSI.

⁹⁵ De Haller, Jacques in PrimaryCare 2001;1:686, s. <http://www.primary-care.ch/pdf/2001/2001-23/2001-23-319.PDF>.

Tabelle 14: Anteil der Grundleistungen (Kap. 00) an den gesamten Bruttoleistungen, pro Spezialisierung, 2008

Arztpraxen gesamt	64.9 %
Allgemeinmedizin	88.9 %
Innere Medizin	86.7 %
Ophthalmologie	20.4 %
Gynäkologie	33.0 %

Quelle: EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed, Kap. 4.2

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass die Grundleistungen des Tarmed für die Allgemeinmedizin und die Innere Medizin eine bedeutend grössere Rolle spielen als für die anderen Fachspezialisierungen (Ophthalmologie und Gynäkologie). Grundleistungen werden nach Zeit tarifiert, Handlungsleistungen nach auszuführenden Leistungen. Grund- und Handlungsleistungen können sich überschneiden⁹⁶, Produktivitätsgewinne sind grundsätzlich bei (technischen) Handlungspositionen leichter zu erwirken.

Fazit der EFK

Die beiden unterschiedlichen Tarifierungsprinzipien (Grundleistungen nach Zeit, technische Leistungen mittels Handlungspositionen) führen dazu, dass technisch ausgerichtete Fachspezialisierungen gegenüber den Grundversorgern bessere Möglichkeiten haben, mittels verbesserter Effizienz ihre Einkommen zu verbessern.

4.3 Das Patientengespräch wurde finanziell aufgewertet

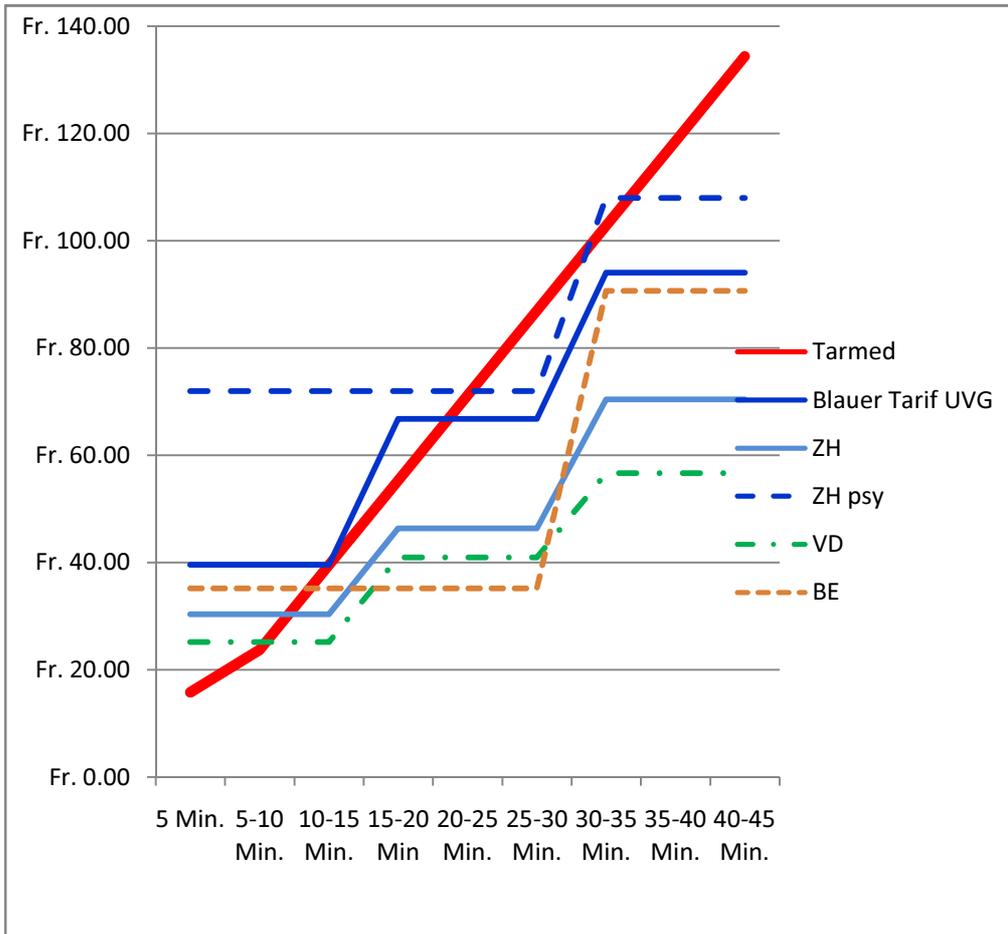
Tarife vor Tarmed sahen in der Regel die Vergütung von viertelstündigen Konsultationen im Sinne einer Pauschale vor: Je kürzer also ein Gespräch war, desto besser war die Vergütung des Arztes. Es gab somit auch finanzielle Anreize, Konsultationen so kurz wie möglich zu halten.⁹⁷

Mit Tarmed werden Konsultationen im 5-Minutentakt abgerechnet. Dies bedeutet, dass sich der Arzt für das Patientengespräch Zeit nehmen kann. Der 5-Minutentakt für Konsultationen ist eine der grundlegenden Neuerungen des Tarmed.

⁹⁶ InfoSantésuisse 5/09: „Für zehn Minuten Behandlung 29 Minuten bezahlen?“ Der Artikel zeigt an einem Einzelfall auf, wie der Ermessensspielraum und die Kumulationsmöglichkeiten bei einer Kombination von Zeitleistungen und technischen Leistungen ausgereizt werden kann.

⁹⁷ Gemäss Aussagen der SPO Patientenschutz kam es vor Tarmed vor, dass Patienten klagten, Ärzte hätten ihnen psychiatrische Konsultationen verrechnet, welche in der Realität nur längere „gewöhnliche Konsultationen“ waren.

Abbildung 8: Konsultationsdauer (Min) und Entwicklung der Vergütung (Franken)



Quelle: EFK (2010): Fallstudien Tarmed - Fallbeispiel 1.

Die Zahlen in der Abbildung verstehen sich für ganz einfache Sitzungen exklusive Verrechnungsmöglichkeit von Parallelelementen wie beispielsweise Blutdruckmessung, Ohrspülen, Injektionen, da diese Leistungen sehr tief vergütet und in einem sehr bescheidenen Anteil der Behandlungen fakturiert wurden. Hingegen gibt es im Tarmed Leistungen, welche in den alten kantonalen Tarifen nicht fakturiert werden konnten. Diese Leistungen, welche in einigen Kantonen separat verrechnet wurden, verändern das Bild kaum. Die Tendenz ist klar: längere Konsultationen sind in vielen Kantonen mit Tarmed besser vergütet.

Gemäss Daten der Ärztekasse beträgt die durchschnittlich verrechnete Dauer der Konsultation in Arztpraxen in der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin ca. 14 Minuten. Zwischen 2004 und 2008 nahm die Dauer einer Standardkonsultation ungefähr um 10% zu.

Fazit der EFK

Kurze Konsultationen wurden vor Tarmed besser vergütet, längere Konsultationen sind in vielen Kantonen mit Tarmed besser vergütet. Das Patientengespräch erfuhr mit Tarmed eine finanzielle Aufwertung.

Die Dauer der Konsultationen nimmt unter Tarmed zu, wie unten stehende Tabelle aus Daten der Fallstudie 1 zeigt.

Tabelle 15: Dauer der Basiskonsultation in Minuten nach Spezialität

	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Ophthalmologie	Gynäkologie
2004	12.2	12.7	8.6	11.3
2005	12.6	13.1	8.6	11.6
2006	12.9	13.4	8.6	12.2
2007	13.1	13.6	8.6	12.3
2008	13.3	13.9	8.8	12.3
Anderung	8.7%	9.3%	1.6%	8.1%

Quelle: Ärztekasse, siehe EFK (2010): Fallstudien Tarmed – Fallbeispiel 1.

Die Dauer der Basiskonsultation nimmt in allen Kantonen ungefähr gleichermassen zu. Eindeutig am höchsten liegt aber der Kanton VD mit 15-minütigen Basiskonsultationen. In der Fallstudie 1 ergeben sich Hinweise, dass folgender statistischer Zusammenhang besteht: Je höher die Ärztedichte eines Kantons, desto länger die Dauer der Basiskonsultationen bei den vier untersuchten Spezialitäten.⁹⁸

Fazit der EFK

Die Dauer der Basiskonsultationen nimmt zu. Es besteht ein statistischer Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Dauer der Konsultation in den Kantonen. In Kantonen mit vielen Ärzten sind die Konsultationen länger (Aspekt der Mengenzunahme).

4.4 Tarmed-Leistungen – Grundversorgung gehört zu den Verlierern

Mittels Daten aus dem Datenpool Santésuisse hat die EFK ermittelt, wie sich die ambulanten ärztlichen Bruttoleistungen (=Vergütungen) pro versicherte Person im Zeitraum 2000-2007 nach einzelnen Fachgruppen entwickelten.

⁹⁸ S. EFK (2010): Fallstudien Tarmed – Fallbeispiel 1.

Tabelle 16: Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Fachgruppen, Zuwachsraten

	2001- 2003	2004- 2007	2004	2005- 2007
Verlierer				
Allgemeinmedizin	2.5%	0.6%	3.5%	-0.3%
Innere Medizin	2.9%	0.1%	1.9%	-0.5%
Praktische Arzt / Ärztin	0.3%	-0.2%	1.2%	-0.6%
Rheumatologie	0.8%	-0.6%	2.7%	-1.7%
Orthopäd. Chirurgie / Traumatologie	3.3%	2.4%	10.3%	-0.1%
Verlierer gesamt	2.3%	0.4%	3.0%	-0.4%
Gewinner				
Psychiatrie und Psychotherapie	3.4%	6.9%	20.5%	2.8%
Kinder- und Jugendmedizin	1.9%	4.9%	5.6%	4.7%
Gruppenpraxen	1.8%	36.3%	49.3%	32.2%
Gastroenterologie	4.0%	4.8%	4.2%	5.0%
Dermatologie und Venerologie	2.7%	3.7%	2.2%	4.2%
Oto-Rhino-Laryngologie	0.3%	2.6%	8.0%	0.9%
Chirurgie	-0.6%	0.2%	-1.5%	0.7%
Gewinner gesamt	2.4%	7.1%	11.9%	5.6%
Gebremster Anstieg				
Gynäkologie und Geburtshilfe	2.7%	2.6%	6.6%	1.3%
Ophthalmologie	5.2%	4.6%	4.8%	4.5%
Radiologie	8.5%	2.4%	-4.5%	4.8%
Kardiologie	4.5%	3.5%	4.4%	3.2%
Gebremster Anstieg gesamt	4.9%	3.3%	3.4%	3.3%

Verlierer: negative Zuwachsrate (ZWR) 2005-2007, ZWR 2004-2007 < ZWR 2001-2003

Gewinner: ZWR 2004-2007 > ZWR 2001-2003

Gebremster Anstieg: positive ZWR 2005-2007, ZWR 2004-2007 < ZWR 2001-2003

Quelle: EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed. Primärquelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, nach Abrechnungsdatum), eigene Berechnungen.

Bei den Entwicklungen lassen sich vereinfacht drei Muster erkennen:⁹⁹

- Als „Verlierer“ der Tarmed-Einführung von 2004 werden Gruppen klassiert, bei denen die jährliche Zuwachsrate in den Jahren 2004-2007 unter jener der Jahre 2001-2003 lag und für die Jahre 2005-2007 negativ war. Dieses Muster trifft insbesondere auf die Fachgruppen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, und Rheumatologie zu. Diese Gruppe umfasste im Jahr 2007 gesamthaft knapp 42% der gesamten ambulanten Bruttoleistungen pro versicherte Person. In den Jahren 2001-2003 betrug die jahresdurchschnittliche Zuwachsrate 2.3%. In den Jahren 2005-2007 gingen die Bruttoleistungen pro versicherte Person jahresdurchschnittlich um 0.4% zurück.¹⁰⁰
- Zu den „Gewinnern“ werden die Fachgruppen gezählt, bei denen der jahresdurchschnittliche Anstieg in den Jahren 2004-2007 höher lag als in den Jahren 2001-2003. Dazu zählen Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin, Gruppenpraxen, Gastroenterologie, Dermatologie sowie Venerologie, Oto-Rhino-Laryngologie und Chirurgie. Diese Gruppe umfasste im Jahr 2007 gesamthaft 26% der

⁹⁹ Die sehr kleinen Fachgruppen mit einem Anteil von weniger als 1% im Jahr 2007 werden nicht einbezogen.

¹⁰⁰ Der Verlust in den Jahren 2005-2007 wird tendenziell vermindert, wenn berücksichtigt wird, dass der Tarif für Laborleistungen, welche in den verwendeten Zahlen nicht ausgegliedert werden können, 2006 gesenkt wurde und dass es eine gewisse Umlagerung zu den Gruppenpraxen gegeben haben dürfte, welche zu den starken Gewinnern zählen.

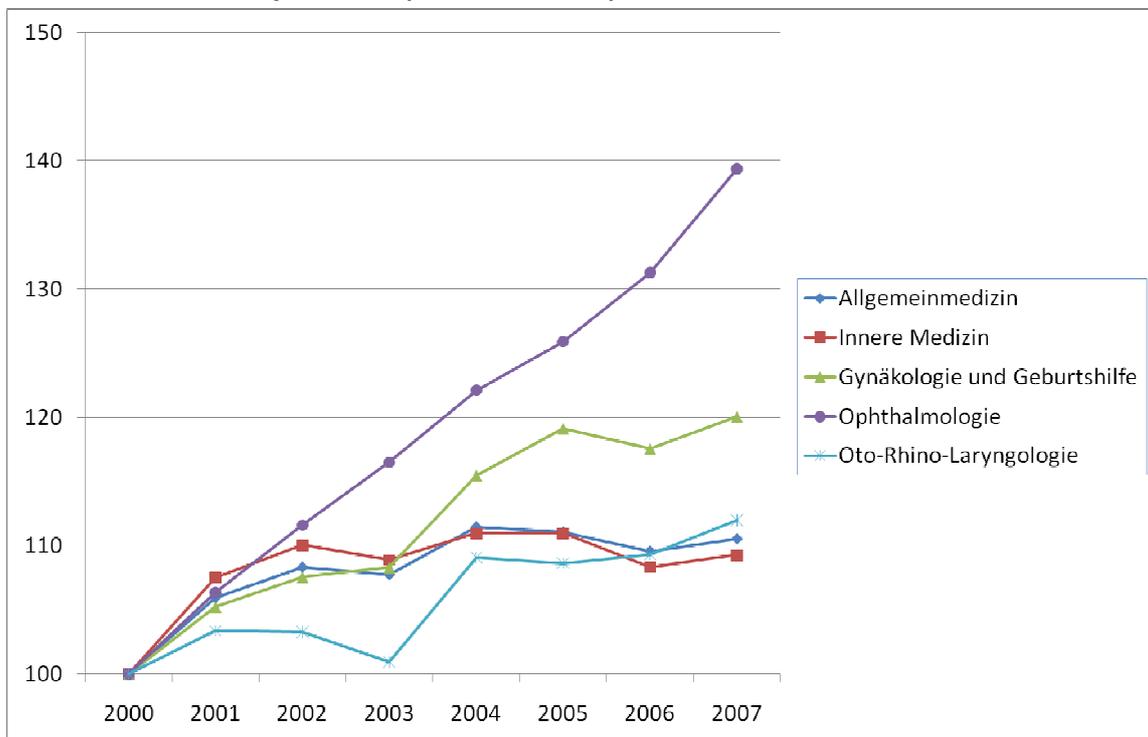
gesamten ambulanten Bruttoleistungen pro versicherte Person. Von 2001-2003 betrug die jahresdurchschnittliche Zuwachsrate 1.9%, von 2004-2007 stieg sie auf 7.1%.

- Zur Kategorie „Gebremster Anstieg“ zählen Fachgruppen, bei denen der jahresdurchschnittliche Anstieg in den Jahren 2004-2007 tiefer lag als in den Jahren 2001-2003 und zugleich in den Jahren 2005-2007 positiv war (andernfalls ergäbe sich eine Zuordnung zu den Verlierern). Dazu zählen: Gynäkologie und Geburtshilfe, Ophthalmologie, Radiologie, Kardiologie. Diese Gruppe umfasste im Jahr 2007 gesamthaft 21% der gesamten ambulanten Bruttoleistungen pro versicherte Person. Von 2001-2003 betrug die jahresdurchschnittliche Zuwachsrate 4.9%, von 2004-2007 lag sie bei 3.3%.

Anzumerken bleibt, dass sich die Einteilung nach Gewinnern und Verlierern auf den Vergleich zwischen den Jahren 2004-2007 und 2001-2003 bezieht. Dies führt dazu, dass es bei den „Gewinnern“ auch Fachgruppen mit einem sehr geringen Wachstum in den Jahren 2004-2007 hat (wie beispielsweise die Chirurgie mit einer jährlichen Zuwachsrate von 0.2%). Auf der anderen Seite zählt beispielsweise die Ophthalmologie zur Gruppe mit „gebremstem Anstieg“, obwohl die jährliche Wachstumsrate in den Jahren 2004-2007 satte 4.6% betrug.

Gesamthaft bleibt festzustellen, dass sich je nach Ärztegruppe sehr unterschiedliche Entwicklungen ergeben. Dies zeigt sich auch, wenn die vier Fachgruppen betrachtet werden, die bei den Fallbeispielen von besonderer Bedeutung sind.

Abbildung 9: Bruttoleistungen pro versicherte Person für die fünf Fachgruppen der Fallbeispiele EFK (Index 2000=100)

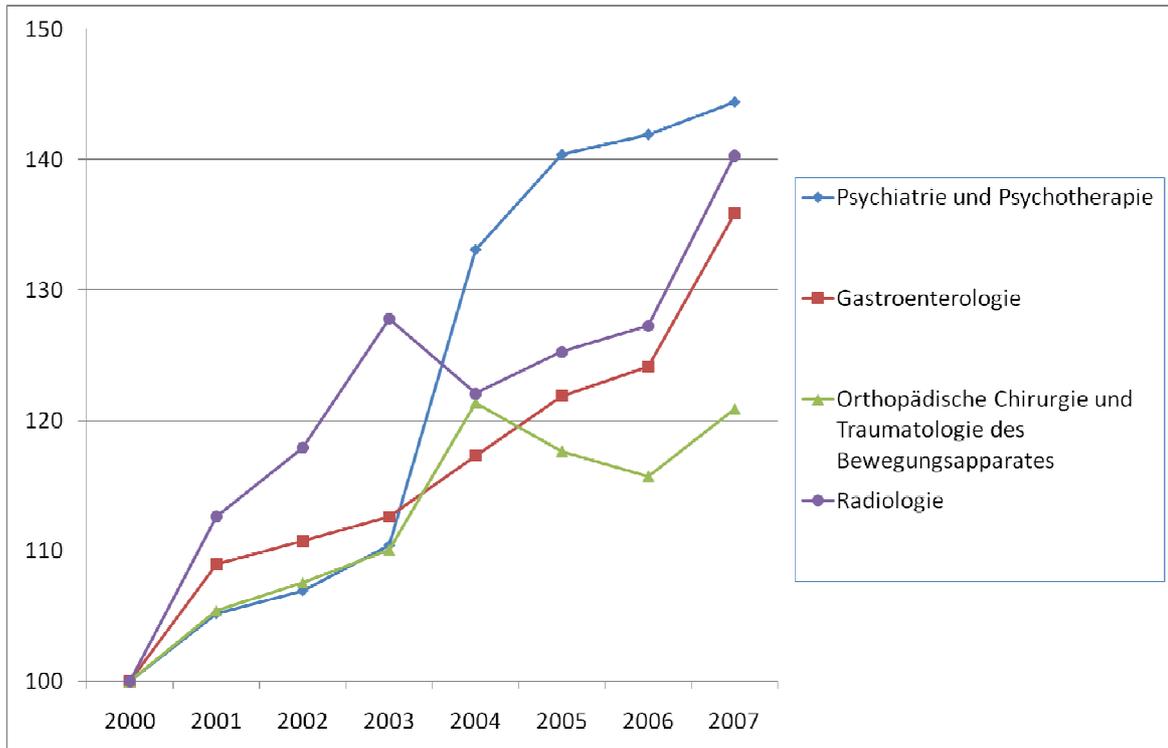


Quelle: EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed. Primärquelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, nach Abrechnungsdatum), Darstellung EFK..

Wie die Abbildung mit einem Indexvergleich zeigt, liegen die Entwicklungen für die Grundversorger Allgemeinmedizin und Innere Medizin nahe beieinander. Nachdem die Bruttoleistungen pro

versicherte Person zwischen 2000 und 2004 noch um rund 10 Indexpunkte angestiegen waren, gingen sie von 2004 bis 2007 um rund einen Indexpunkt zurück. Für die Gruppen Gynäkologie / Geburtshilfe und besonders Ophthalmologie ist der Anstieg stärker. Bei der Ophthalmologie zeigt sich ein abgekoppeltes und kontinuierlich starkes Wachstum.

Abbildung 10: Bruttoleistungen pro versicherte Person für vier weitere, grössere Fachgruppen (Index 2000=100)



Quelle: Datenpool Santésuisse (Auswertung BAG Zeitreihenstatistik, nach Abrechnungsdatum, Darstellung EFK.,

In der Abbildung sind die entsprechenden Zahlen für vier weitere grössere Fachgruppen dargestellt. Auffallend ist vor allem die Entwicklung in der Psychiatrie und Psychotherapie in den Jahren 2003-2004. Die Zunahme der Bruttoleistungen pro versicherte Person beläuft sich auf über 15 Basispunkte und die Fachspezialität hat seit 2005 den höchsten Indexwert der vier Fachspezialitäten. Hier ist eine beabsichtigte Wirkung des Tarmed erkennbar und zwar die Aufwertung der psychiatrischen Konsultation mit Tarmed (Die Psychiatrie ist aber nach wie vor am Schlusslicht beim Einkommen, s. unten). Die Differenz zur Gastroenterologie und zur Radiologie ist nach 2004 jedoch abnehmend. Die orthopädische Chirurgie zeigt nach 2004, im Gegensatz zu den drei anderen Spezialitäten, eine Rückwärts- bzw. Seitwärts-Bewegung.

Fazit der EFK

Die Allgemeinmedizin und die Innere Medizin gehören zu den Verlierern des Tarmed. Dies steht im Widerspruch zu den Zielsetzungen des Tarifs.

Nicht Gegenstand der Fallstudien dieser Evaluation sind psychiatrische Leistungen, u.a. psychiatrische Konsultationen, welche mit Tarmed in einem eigenen Kapitel und mit einer höheren Dignität vergütet werden als Konsultationen der Grundversorgung. Im Rahmen der anstehenden Tarmed-Revision fordert die FMH, zur Stärkung der Hausärzte ein neues Kapitel für Konsultationen

der Grundversorger zu schaffen. Santésuisse hat vor einiger Zeit ebenfalls ein Modell für eine bessere Vergütung von Konsultationen durch die Grundversorger vorgeschlagen, welches nach dem Vorbild der psychiatrischen Konsultationen gewissen Fachgruppen vorbehalten werden sollte.

Im Projekt Tarmed 2010 ist die relevante Zielsetzung folgendermassen definiert: „Eine Besserstellung/Stärkung der Grundversorgung ist anzustreben.“ Wie dies geschehen soll und wie die Zielerreichung gemessen werden soll, ist noch unklar.

Die Aufwertung der Hausarztmedizin ist gemäss Bundesrat ein Anliegen seit dem Jahre 2005 und ist Gegenstand des gesundheitspolitischen Dialogs zwischen Bund und Kantonen:

„Aus dieser Kooperation sind Ende Oktober 2006 - gestützt auf eine Reihe von Studien und Analysen - zwei von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und dem Eidgenössischen Departement des Innern gemeinsam getragene Berichte zur Organisation des Notfalldienstes und zur Finanzierung einer spezifisch hausärztlichen Weiterbildung mit Empfehlungen ausgearbeitet und veröffentlicht worden.“¹⁰¹

Mit der Version 1.06 des Tarmed wurden (zeitbegrenzt!) Tarifierungen bei den Notfall- und Inkonvenienzpauschalen und den Besuchsinkonvenienzpauschalen vorgenommen, welche zum Ziel hatten, die Situation der Grundversorger zu verbessern. Inkonvenienzpauschalen repräsentieren eine ökonomische Kompensation für Leistungen ausserhalb der ordinären Arbeitszeit. Die angeregte Debatte zwischen der FMH/SGAM/SGIM und Santésuisse über diese Pauschalen im Frühjahr 2010 zeigt, welches Gewicht die Ärzteschaft diesen finanziellen Anreizen beimisst. Die Pauschalen wurden an die Verhandlungen um Tarmed 2010 geknüpft (besonders die Kostensteuerungsvereinbarung). Die Tarifpartner konnten sich letztlich darauf einigen, die Pauschalabgeltungen auch nach dem Versuchsjahr in Version 1.06 weiterzuführen, dies jedoch ohne dem Bundesrat einen Antrag auf Änderung der Tarifstruktur für die Inkonvenienzpauschale zu unterbreiten (s. dazu Kap. 1.8). Die Verhandlungen um die Kostensteuerungsvereinbarung Tarmed 2010 dauern weiter an und die Pauschalen wurden vorläufig bis Ende 2010 verlängert. Auch die Medikamentenabgabe (Selbstmedikation, Marge auf Medikamente) wollen Santésuisse und FMH neu mittels Tarmed regeln und auch diese wird an die kommende Revision geknüpft.¹⁰²

4.5 Einkommen der Grundversorger – leichte Verbesserung, aber Ursachen unsicher

Auf Basis der bestehenden Statistik zu den Ärztteeinkommen kann der Einfluss von Tarmed auf die Einkommen der Ärzte zumindest abgeschätzt werden. Die Statistik, welche im Auftrag der FMH seit Jahren produziert wird, beschränkt sich auf die frei praktizierenden Ärzte und Ärztinnen ohne Berücksichtigung des Beschäftigungsgrads. Das AHV-pflichtige Einkommen enthält aber auch Bestandteile ausserhalb von ambulanten ärztlichen Leistungen (Labor, Medikamente, stationäre Spitalbehandlung bei Belegärzten etc.) sowie über Zusatzversicherungen abgerechnete Leistungen.¹⁰³ Da diese Elemente nicht ausgeschlossen werden können, wird die Analyse des

¹⁰¹ 07.3279 – Postulat, Aufwertung der Hausarztmedizin.

¹⁰² <http://www.zuonline.ch/sda/stories.cfm?vID=5415> . Das Geschäft mit den Medikamenten ist einträglich: Im Durchschnitt erzielten Ärzte im Jahr 2008 einen Reingewinn von 55'000 Franken, bei den Hausärzten waren es durchschnittlich sogar 76'700 Franken. Dies schreibt die Krankenkasse Helsana in einer Studie.

¹⁰³ Die Ärztekasse geht davon aus, dass das Einkommen eines mittleren Grundversorgers zu rund 60% aus Tarmed stammt.

Einflusses von Tarmed erschwert. Die Unterschiede in den Entwicklungen der Bruttoleistungen gemäss vorigem Abschnitt dürften sich nicht zuletzt u.a. durch diese Unschärfe erklären.

Tabelle 17: Ärztteeinkommen insgesamt: Entwicklung Mittelwerte und Zentralwerte

	Mittelwert	Zentralwert
	Beträge in Fr./Jahr	
1991/92	201'577	163'900
2001	210'723	171'500
2002	214'362	172'000
2003	208'940	168'600
2004	218'763	177'900
2005	212'019	173'900
	Jährliche Zuwachsraten	
Durchschnitt 1991/92-2001	0.5%	0.5%
Durchschnitt 2001-2003	-0.4%	-0.8%
2004	4.7%	5.5%
2005	-3.1%	-2.2%

Ärztteeinkommen: AHV-pflichtiges jährliches Einkommen aller in freier Praxis tätigen Ärzte unter 66 Jahren in Franken/Jahr

Quelle: Hasler/Reichert (2007), eigene Berechnungen.

Wie Tabelle 17 zeigt, lag der durchschnittliche jährliche Zuwachs der Ärztteeinkommen zwischen den Jahren 1991/92 und 2001 bei rund 0.5%. Dieser Zuwachs liegt deutlich unter der durchschnittlichen Teuerungsrate und unter der durchschnittlichen Entwicklung der Angestelltenlöhne im gleichen Zeitraum. Wie bereits angemerkt, kann ein Vergleich aber nicht unmittelbar vorgenommen werden, da das durchschnittliche Arbeitsvolumen, auf welches sich das Ärztteeinkommen bezieht, nicht bekannt ist. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird aber die Entwicklung des Ärztteeinkommens für ein 100%-Pensum unterschätzt, da der Anteil an teilzeitlich in freier Praxis arbeitenden Ärztinnen und Ärzten im Lauf der letzten Jahre gemäss Interviewaussagen zugenommen hat.

Unabhängig von dieser konzeptionellen Frage lässt sich aber feststellen, dass der Anstieg der Ärztteeinkommen im ersten Tarmed-Jahr 2004 deutlich ausfiel. Waren die Ärztteeinkommen in den Jahren 2002 und 2003 jahresdurchschnittlich um 0.4% (Mittelwert), resp. 0.8% (Zentralwert) gesunken, so stiegen sie 2004 um 4.7% (Mittelwert), resp. 5.5% (Zentralwert) an.¹⁰⁴ Dieses Resultat war insofern zu erwarten, als sich nach Einführung von Tarmed zeigte, dass der Taxpunktwert gesenkt werden musste, um Kostenneutralität zu erhalten. Im Verlauf der Jahre 2004 und 2005 wurde der Taxpunktwert von Tarmed mehrmals abgesenkt. Im Jahr 2005 gingen die Ärztteeinkommen um 3.1% (Mittelwert), resp. 2.2% (Zentralwert) zurück. Die Ärztteeinkommen entwickelten sich somit schlechter als die OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person, welche 2005 um 2.7% anstiegen.

¹⁰⁴ Der Unterschied ist weniger ausgeprägt, wenn berücksichtigt wird, dass das Einkommen des Jahres 2003 statistisch unterschätzt und dasjenige des Jahres 2004 überschätzt wird.

Die EFK hat aufgrund der neuesten publizierten Einkommensstatistik¹⁰⁵ die Zunahme der Einkommen und die Zunahme bzw. Abnahme der Einkommensunterschiede untersucht. Es werden Zentralwerte und nicht Mittelwerte genutzt, da der Zentralwert gegen Ausreisser resistenter ist.

Tabelle 18: Ärztteeinkommen 2003 und 2006 nach Spezialitäten (Zentralwerte, Fr./Jahr)

	2003	2006	Veränderung 2003-2006
Kinderpsychiatrie	107'000	111'000	3.7%
Psychiatrie	112'600	118'150	4.9%
Neurologie	142'600	138'450	-2.9%
Pädiatrie	154'300	154'500	0.1%
Allgemeinmedizin	172'700	175'950	1.9%
Phys. Medizin	181'700	203'100	11.8%
Innere Medizin	182'300	186'000	2.0%
Neurochirurgie	200'400	354'000	76.6%
Chirurgie	200'900	166'400	-17.2%
Gynäkologie	207'700	208'550	0.4%
Dermatologie	207'900	203'050	-2.3%
Anästhesie	245'700	250'050	1.8%
Orthopädie	245'700	246'600	0.4%
Urologie	252'900	263'100	4.0%
ORL	263'900	239'500	-9.2%
Ophthalmologie	266'600	288'150	8.1%
Radiologie	301'500	253'100	-16.1%
Gesamt	168'600	170'800	1.3%

Ärztteeinkommen: AHV-pflichtiges jährliches Einkommen aller in freier Praxis tätigen Ärzte unter 66 Jahren in Franken/Jahr

Die Spezialitäten sind nach Höhe des Einkommens 2003 aufsteigend geordnet

Quelle: Hasler/Reichert (2008), Reichert (2010), eigene Berechnungen

Die Ärztteeinkommen nach Spezialität zeigen eine grosse Spannweite. Im 2003 von 107'000 Franken bei Kinderpsychiatern bis 301'500 Franken bei Radiologen. Im 2006 werden die Radiologen jedoch von den Ophthalmologen überholt: diese haben ihr Einkommen von 266'600 Franken im 2003 auf 288'150 Franken im 2006 mit 8.1% erhöht. Das Einkommen der Ophthalmologen liegt ca. 70% über dem Durchschnitt, die Einkommen der Allgemeinärzte (3%) und der Inneren Medizin (11%) liegen ebenfalls leicht über dem Durchschnitt. Die Einkommensunterschiede zwischen den Fachgruppen nehmen gemäss eigenen Berechnungen zu (grössere Standardabweichung und grösserer Variationskoeffizient im 2006 als im 2003).

¹⁰⁵ Reichert, Martina (2010): Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2006 (neu) und 2005 (Re-Evaluation) in SAEZ 2010; 91:12.

Fazit der EFK

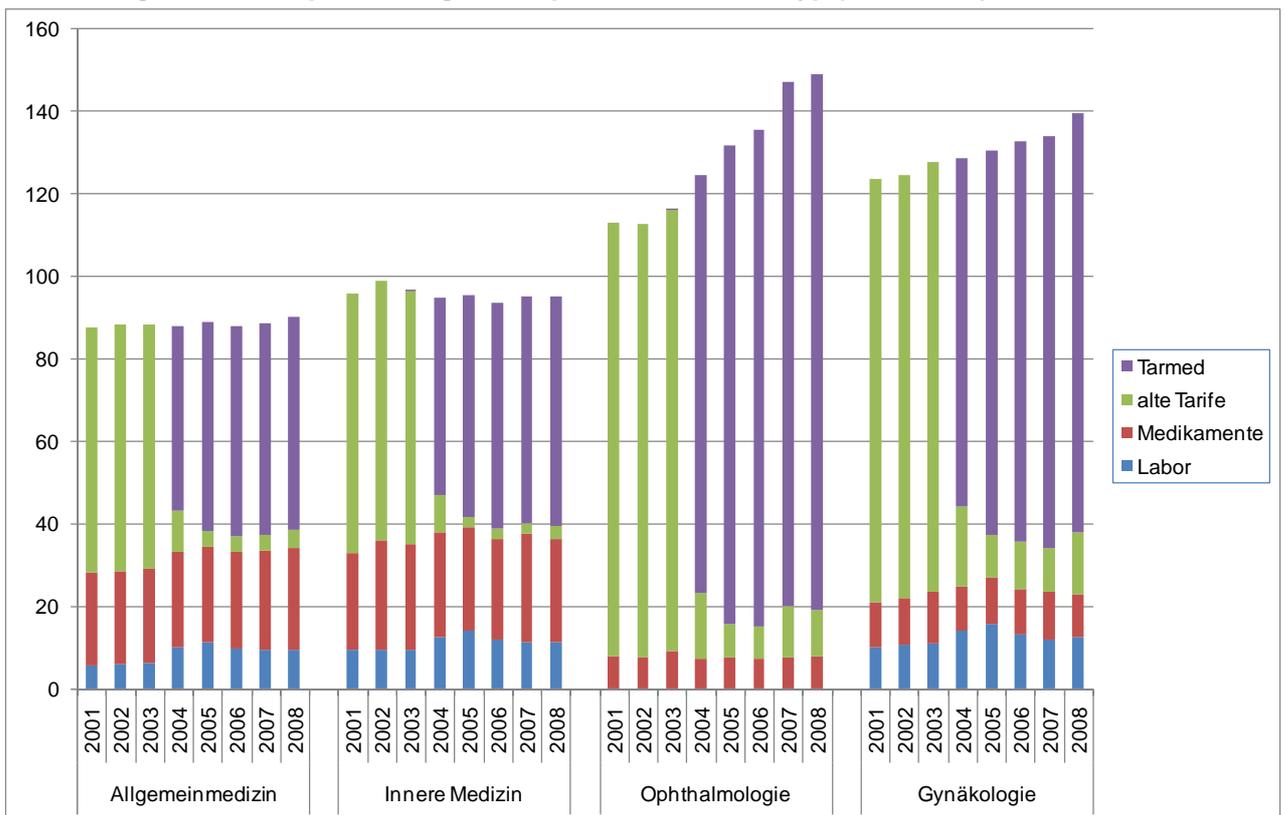
Die AHV-pflichtigen Einkommen der Ärzte nahmen zwischen 2003 und 2006 nur sehr schwach zu, und liegen 2006 bei einem Zentralwert von 170'800 Franken. Die Einkommen der Ophthalmologen nehmen klar am meisten zu, deren Einkommen liegt im 2006 mit 288'150 Franken auf dem ersten Rang.¹⁰⁶

Die Einkommensunterschiede zwischen den Fachgruppen nehmen zu. Inwiefern dies nur auf Tarmed zurückzuführen ist oder auf andere Ursachen (bspw. Änderungen des Beschäftigungsgrads, Verschiebungen der Nachfrage, andere Einkommensquellen als Tarmed) lässt sich aber aufgrund fehlender valider Einkommensstatistiken nicht abschliessend feststellen. Die erneute Zunahme der Einkommensunterschiede steht aber im Gegensatz zu einem der zentralen Zielsetzungen von Tarmed.

4.6 Suche nach Ursachen für die geringe Aufwertung der Einkommen der Grundversorger

Die Entwicklungen der Umsatzzahlen der vier Fachspezialitäten aus den Fallbeispielen unterscheiden sich deutlich zwischen Grundversorgern und Spezialisten.

Abbildung 11: Umsatz pro Sitzung nach Spezialität und Tariftyp (in Franken), 2001-2008



Quelle: Aerztekasse

¹⁰⁶ Von den Neurochirurgen wird abgesehen, da keine Fallstudie aus dieser Facharztgruppe durchgeführt wurde.

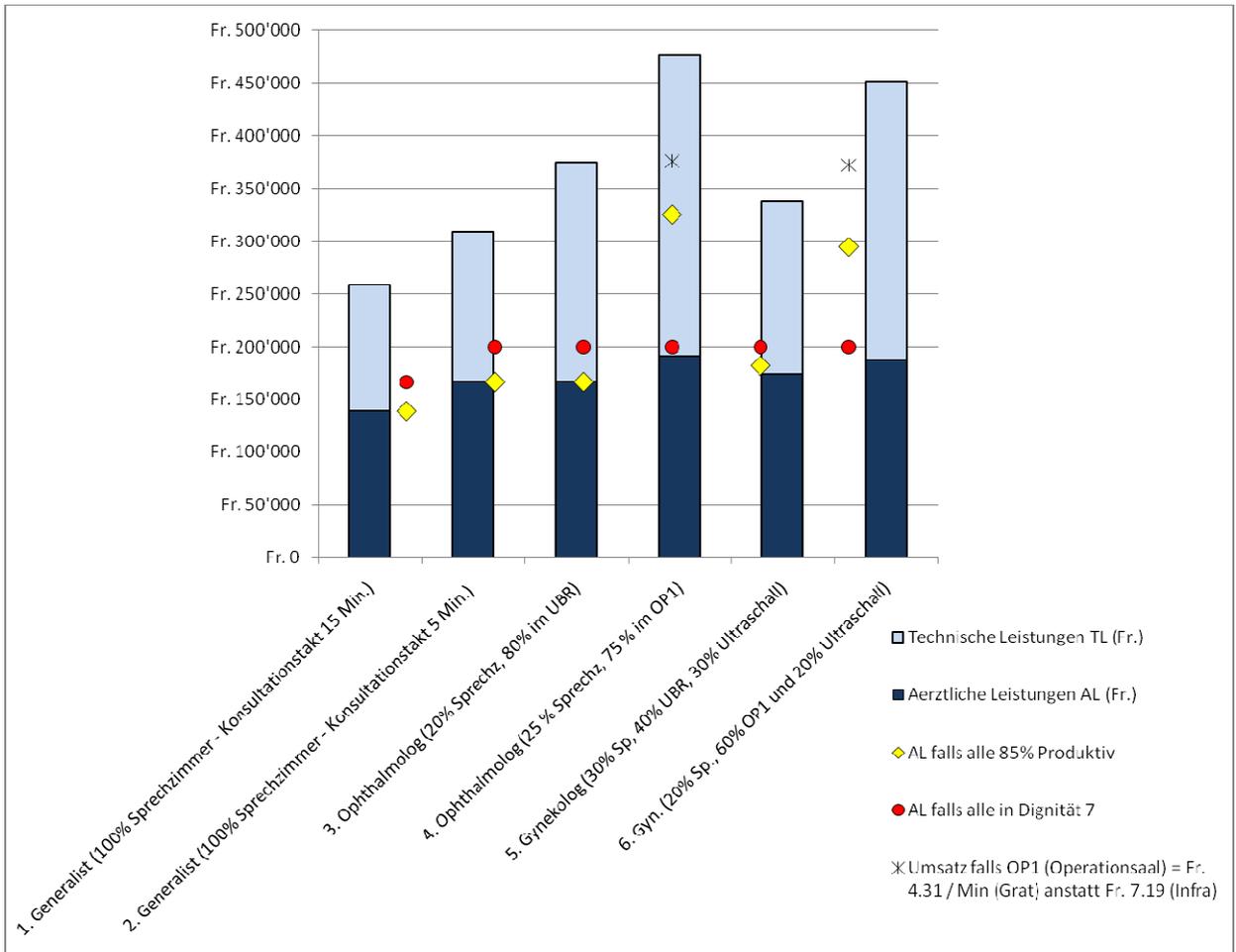
Fazit der EFK

Die Umsätze pro Sitzung sind in der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin fast gleich und darüber hinaus in den Jahren zwischen 2001-2008 beinahe konstant geblieben (90-100 Franken). Demgegenüber sind die Umsätze pro Sitzung in der Ophthalmologie sehr stark und in der Gynäkologie in den Jahren von 2001-2008 stark gestiegen. So gesehen scheint Tarmed keinen oder nur einen geringen Effekt auf die Umsätze pro Sitzung zu haben: die Umsätze der Grundversorger stagnieren weiterhin, während die operativ tätigen Fachrichtungen ihre Umsätze erhöhen.

4.7 Test des Modells Tarmed – Was erklärt die Unterschiede zwischen Allgemeinärzten und Spezialisten?

Mit einem Rechenbeispiel wird das Umsatzpotenzial AL und TL einer Allgemeinpraxis, eines Ophthalmologen und eines Gynäkologen (unter gewissen Annahmen) untersucht.

Abbildung 12: Rechnerischer Umsatz aus AL



Quelle: EFK

Die Abbildung zeigt anhand der blauen Säulen den Umsatz AL und TL unter den Voraussetzungen des Tarifs. Mit den gelben und roten Symbolen wird aufgezeigt, wie stark die AL sich ändert, wenn die Tarifvoraussetzungen der Produktivität AL, der Dignität oder der Sparte verändert werden. Mit

dem Sternsymbol wird z.B. gezeigt, wie stark die AL sich ändern würde, wenn statt dem Modell Infra das Modell Grat im OP1 die Tarifführerschaft hätte.

Feststellungen betreffend Umsatz ärztliche Leistungen AL:

- Zwischen dem tiefsten (Allgemeinpraxis) und dem höchsten Umsatz AL (Ophthalmologie) beträgt der Unterschied 38%.
- Wenn die Vergütung der letzten 5 Min. (Pos 00.0030) im Jahr 2000 nicht reduziert worden wäre, würde die Differenz zwischen dem höchsten und dem tiefsten Umsatz nur etwa 15% betragen. Die Halbierung der Pos. 00.0030 hatte somit grosse Auswirkungen auf die Umsatz- (und Einkommensunterschiede) zwischen Allgemeinärzten und Spezialisten.
- Die Auswirkung der Dignitätsstufe auf die AL beträgt ungefähr 20%, wenn Dignität 7 mit Dignität 5 verglichen wird.
- Der im Tarmed vorausgesetzte Produktivitätsfaktor AL hat ebenfalls grosse Auswirkungen. Gelingt es bspw. einem Ophthalmologen seine faktische Produktivität auf die Produktivität der Allgemeinärzte zu erhöhen, nimmt sein Umsatz AL mit rund 40% zu.

Feststellungen betreffend Umsatz technische Leistungen TL:

- Die spartenweise Auslegung der TL ist nicht transparent: Mit Grat und Infra liegen zwei sehr unterschiedliche Modelle mit unterschiedlichen Klassen und unterschiedlichen Resultaten / Kostensätzen vor.
- Die Kostensätze der Sparten UBR Ophthalmologie und Gyn. Ultraschall sind hoch/sehr hoch wenn man diese mit dem Sprechzimmer vergleicht. Dieser Unterschied alleine resultiert in einem Umsatz der ca. 70'000 Franken höher liegt.

4.8 Fazit: Patientengespräch aufgewertet, sonst wenig Fortschritte

Längere Konsultationen besser vergütet: Kurze Konsultationen wurden vor Tarmed besser vergütet, längere Konsultationen sind in vielen Kantonen mit Tarmed besser vergütet. Die Dauer der Basiskonsultationen nimmt mit Tarmed zu. Das Patientengespräch erfuhr mit Tarmed eine finanzielle Aufwertung. Psychiatrische Konsultationen wurden in einem eigenen Kapitel und mit Dignität 6 eingestuft.

Grundversorger unter den Verlierern des Tarmed: Die EFK-Analyse der Bruttoleistungen pro Versicherten nach Fachgruppen vor und nach der Einführung von Tarmed zeigt drei vereinfachte Muster für die Fachspezialitäten der Fallbeispiele: Die Grundversorger (Allgemeinmedizin, Innere Medizin) gehören zu den Verlierern, zu den Gewinnern gehört v.a. die Ophthalmologie.

Einkommensunterschiede nehmen (wieder) zu: Gemäss neuester Einkommensstatistik der FMH (bis Einkommensjahr 2006) nahmen die Einkommensunterschiede nach Spezialität in den Jahren 2005 und 2006 wieder zu, nachdem sie zuvor abgenommen hatten. Die Zunahme der Einkommensunterschiede steht im Widerspruch zu einer zentralen Zielsetzung des Tarmed.

Einige mögliche **Ursachen für die zunehmenden Einkommensunterschiede** lassen sich identifizieren: Tarmed scheint keinen Effekt auf die Umsätze pro Sitzung zu haben, die Umsätze der Grundversorger stagnieren weiterhin, die operativ tätigen Fachrichtungen erhöhen ihre Umsätze pro Sitzung vor und mit Tarmed. Die Dignitätsskala und die Produktivitäten begünstigen

operative Leistungen mit höheren Vergütungen. Operativ tätige Ärzte erwirtschaften einen Teil ihrer Einkommen ausserdem als Belegärzte im stationären Bereich (Zusatzversicherungen, ausserhalb OKP).

Valide Daten sind Mangelware: Die bestehenden Einkommensstatistiken der freien Ärzteschaft, welche im Auftrag der FMH produziert werden, haben mehrere Schwächen, welche behoben werden müssten, möchten sie für eine valides Monitoring oder eine Evaluation der Zielerreichung von Tarmed genutzt werden. Es fehlen vor allem nähere Angaben zum Beschäftigungsgrad der Ärzteschaft und Angaben zu den unterschiedlichen Quellen ihrer Einkommen (KVG, VVG, andere Sozialversicherungen, andere Einkommen).

5 Kostenneutrale Einführung des Tarmed?

5.1 Gesetzliche Grundlagen der Kostenneutralität umstritten

Während die Aufwertung der Grundversorgung als ein standespolitisches Ziel angesehen werden kann, muss die kostenneutrale Einführung des Tarmed als ein von der Genehmigungsbehörde auferlegtes Ziel bezeichnet werden. Mit einem Leitentscheid vom 18. Oktober 2000 hatte der Bundesrat in seiner Funktion als Rekursinstanz bei KVG-Streitfragen die Kostenneutralität als gängige Rechtspraxis im Zusammenhang mit dem Physiotherapietarif bestätigt¹⁰⁷. Wenn der Bundesrat in seinen Empfehlungen an die Tarmed-Tarifpartner vom 30. Sept 2002 die Kostenneutralität fordert, hat er also dazu die notwendige Legitimität, auch wenn diese nicht explizit vom KVG verlangt wird.

Mit Schreiben vom 30. Juni 2000 hatte die „Projektleitung Tarmed“ dem Bundesrat zum einen den „Vorvertrag“ über die Einführung des Tarmed Version Alpha 3 und zum anderen ein „Grobkonzept Kostenneutralität“ vorgelegt.¹⁰⁸ Die Analyse der Preisüberwachung einer frühen Version zeigte, dass Tarmed zu Mehrkosten in Milliardenhöhe führen würde.¹⁰⁹ Gestützt auf die Stellungnahme der Preisüberwachung wies die damalige Vorsteherin des EDI den Tarmed zur Überarbeitung, mit der Auflage der Wahrung der Kostenneutralität, an die Tarifpartner zurück. Mit Entscheid vom 4. September 2000 genehmigte der Bundesrat die Einführung der Tarifstruktur Tarmed Alpha 3 unter der Bedingung, dass die Tarifpartner einen Vertrag über die kostenneutrale Einführung der Tarifstruktur abschliessen. Weiter wurde vereinbart, dass dieser Vertrag dem Bundesrat unter Beilage der entsprechenden Datengrundlagen, spätestens drei Monate vor dem Einführungszeitpunkt des Tarmed, zur Genehmigung zu unterbreiten sei.

Mit der Genehmigung der revidierten Tarifstruktur Version 1.1 durch den Bundesrat inklusive Kostenneutralitätsvereinbarung, gab der Bundesrat am 30. September 2002 den Kantonsregierungen und den Tarifpartnern relativ detaillierte Empfehlungen bzw. Erläuterungen zur Kostenneutralitäts-Phase. Begründet wurden die Empfehlungen des Bundesrats an die kantonalen Behörden damit, dass der Bundesrat die Vereinbarung zur Kostenneutralität nicht abschliessend prüfen kann, da die Taxpunktwerte auf kantonaler (respektive regionaler) Ebene ausgehandelt werden müssen. In den Empfehlungen wurde neben technischen Fragen u.a. Auch klargestellt, dass der kostenneutrale Starttaxpunktwert in der Regel deutlich unter einem Franken zu liegen habe. Weiter wurde vorausgesetzt, dass während der Kostenneutralitäts-Phase unterschiedliche Taxpunktwerte zwischen Spitalambulatorien und Arztpraxen akzeptiert werden, dass aber mittelfristig eine Annäherung dieser Taxpunktwerte zu erfolgen habe. Weiter forderte der Bundesrat die Tarifpartner und Kantone auf, ihm die notwendigen Unterlagen und Daten für eine Beobachtung der Kostenneutralitäts-Phase durch den Bund zuzustellen.

Die FMH hatte die Legitimität der Kostenneutralität schon 1999 beanstandet:

¹⁰⁷ Seit dem 1.1.2007 nimmt das Bundesverwaltungsgericht diese Funktion wahr.

¹⁰⁸ Gemäss Neubauer G. (2000): Die betriebswirtschaftlichen Grundlagen von Tarmed. Die Tarifpartner einigten sich auf eine Begriffskonkretisierung der Kostenneutralität welche festlegte, dass durch die Tarifumstellung „das Verteilvolumen von ca. 6 Mrd. Franken nicht verändert werden darf, die Prämien der Versicherer weder steigen noch sinken dürfen, Verschiebungen unter den Leistungserbringern bzw. unter den Versicherern zulässig seien und Kostenneutralität bei den eidg. Versicherern gesamtschweizerisch und bei den KVG-Versicherern kantonal gilt.“

¹⁰⁹ Preisüberwacher (Nov. 2004): Bericht zur Organisation der Preisüberwachung, S. 19.

„Der Begriff der Kostenneutralität wird im Zusammenhang mit einheitlichen Tarifstrukturen weder im Gesetz erwähnt, noch im Bericht der Expertenkommission „Schoch“, in der entsprechenden bundesrätlichen Botschaft oder den parlamentarischen Beratungen.“¹¹⁰

Mit Art. 59c Abs. 1 Buchstabe c KVV erhält die Kostenneutralität mit Wirkung ab 1.1.2007 eine explizite gesetzliche Grundlage:

„Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, dass ein Wechsel des Tarifmodells keine Mehrkosten verursacht.“¹¹¹

In einem neueren juristischen Gutachten im Auftrag der FMH wird das Hauptargument gegen die Kostenneutralität folgendermassen formuliert:¹¹²

„Das Neutralitätsprinzip beim Tarifwechsel müsste richtigerweise seinen Platz im Gesetz finden und nicht in einer Verordnung. Es beschränkt die Vertragsautonomie und damit die Wirtschaftsfreiheit und sprengt deshalb die Schranken, welche die Vollzugs- und Ausführungskompetenz des Bundesrates zu beachten hat.“¹¹³

Fazit der EFK

Die Genehmigungsbehörde musste das Prinzip der Kostenneutralität beim Übergang zum neuen Tarifmodell Tarmed gegen den Widerstand der Leistungserbringer - insbesondere der FMH - durchsetzen. Die Genehmigungsbehörde versteht die Kostenneutralitäts-Forderung als Operationalisierung des gesetzlichen Gebots der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des Tarifvertrags. Vorbild für die Kostenneutralität waren Erfahrungen mit anderen Tarifen (u.a. Physiotherapietarif). Mehrere Jahre nach dem Inkrafttreten des Tarmed wurde die Kostenneutralität beim Wechsel des Tarifmodells auf Verordnungsstufe verfügt.

Die fehlende Verankerung im KVG der Kostenneutralität beim Wechsel des Tarifmodells oder bei Änderungen der Tarifstruktur führt zu unnötigen Meinungsverschiedenheiten und Missverständnissen.

5.2 Die Durchführung der Kostenneutralität wird den Tarifpartnern überlassen

Die Realisierung der kostenneutralen Einführung von Tarmed ist mit verschiedenen Schwierigkeiten und offenen Fragen verbunden: Wie sollte eine Vereinbarung über den kostenneutralen Übergang geregelt werden? Auf Bundesebene oder auf kantonaler Ebene? Sollte die Kostenneutralität kantonal oder regional gelten? Sollte sie für jede ärztliche Spezialität Geltung haben? Welche Indikatoren sollten monitorisiert werden? Welche Massnahmen sollten getroffen werden, falls die monitorisierten Kosten einen Kostenkorridor überschreiten?

Im April 1999 hatte eine Besprechung zwischen den Tarifpartnern und der damaligen Bundesrätin Dreifuss stattgefunden. Per Ende Mai 1999 war ihr ein Konzept der Tarifpartner für die kosten-

¹¹⁰ Kuhn, Hanspeter (1999): Tarifstrukturen, Tarifverträge und KN im KVG in SAEZ 1999 (80) S. 1728ff.

¹¹¹ Zu beachten ist, dass steht, „ein Wechsel des Tarifmodells“ (nicht nur der Tarifstruktur) und weiter, dass die Genehmigungsbehörde die Einhaltung dieses Grundsatzes zu prüfen hat.

¹¹² Kägi-Diener, Regula (8.2.2009): Gutachten betreffend Verfassungs- und Gesetzmässigkeit von Art. 59c Abs. 1 KVV.

¹¹³ Oder gemäss Generalsekretär der FMH, Hanspeter Kuhn, in saez 2009; 90: 15/16, S. 611: „Fazit 2: Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Kostenneutralität bei Tarifmodellwechsel): Kompetenzen überschritten: «[Dieser Abs.] dürfte [...] die Schranken für die allgemeine Vollzugskompetenz des Bundesrates in dieser Sache sprengen. Er geht über die Anforderungen hinaus, die das KVG selber an einen Tarifwechsel stellt.“

neutrale Einführung vorzulegen. Der FMH-Präsident hatte auf die grundsätzliche Unvereinbarkeit zwischen Kostenneutralität und betriebswirtschaftlicher Tariffberechnung hingewiesen.¹¹⁴ Die diesbezügliche Rechtslage war dabei noch zu klären.

An einem „Runden Tisch“ am 30. April 2001 wurde ein gemeinsames Kostenneutralitäts-Konzept zwischen FMH/H+ und Santésuisse skizziert. Diskutiert wurde u.a. die Dauer der Kostenneutralitäts-Phase, die Mitwirkung der Sanitätsdirektorenkonferenz, des BSV und des Bundesamts für Justiz, die Empfehlungen des Bundesrates an die Kantonsbehörden etc. Die Tarifpartner erhofften sich, dass nach der Klärung der Rechtslage (für Juni 2001 vorgesehen) die formelle Eingabe der Kostenneutralitäts-Vereinbarung an den Bundesrat erfolgen könnte.¹¹⁵

Tatsächlich verging jedoch ein Jahr, bis die Kostenneutralitäts-Vereinbarung zwischen FMH, H+ und Santésuisse („Berechnung der Starttaxpunktweite und Steuerung der Kostenneutralität von Tarmed“), datiert vom 5. Juni 2002, vorlag.¹¹⁶ Die zwölfseitige Kostenneutralitäts-Vereinbarung enthält eine Präambel mit generellen Zielen und Prinzipien zur Kostenneutralität, Hinweise auf die Methoden für die Berechnung der Starttaxpunktweite, technische Aspekte zur Kostenneutralität, organisatorische Aspekte der Umsetzung, technische Definitionen und Eckdaten zur Kostenneutralität. Der darin skizzierte Kostenneutralitäts-Mechanismus sah vor, dass sich die durch die Krankenversicherer bezahlten Kosten aus der OKP für ambulant erbrachte Leistungen in der Arztpraxis und im Spital, im Zeitraum der Kostenneutralitäts-Phase (18 Monate nach Einführung des Tarmed), gegenüber dem Basisjahr 2001 (korrigiert um einen Teuerungsfaktor X) nicht verändern dürfen. Berechnet wurden die monatlichen ambulanten Brutto-Kosten aus der OKP pro Kanton und Leistungserbringerbereich. Als Divisor wurden die Anzahl Versicherte pro Wohnkanton und Monat verwendet.

Die Kontrolle der Kostenneutralität sollte über einen periodisch zu vollziehenden Ist-Soll-Kostenvergleich - getrennt für Spitalambulatorien und freie Arztpraxen - vorgenommen werden. Schiesst die Kostenveränderung positiv oder negativ über eine definierte Toleranzbandbreite hinaus, sollte der Taxpunktwert entsprechend korrigiert werden (s. nachfolgende Abb.). Falls Kostenveränderungen jedoch auf tarifstrukturelle Probleme zurückzuführen wären (z.B. eine isolierte Mengenzunahme oder „Unwuchten“ = Ungleichgewichte in der Struktur), sollte die Nachfolgeorganisation (=Tarmed Suisse) über weiterführende Massnahmen entscheiden.

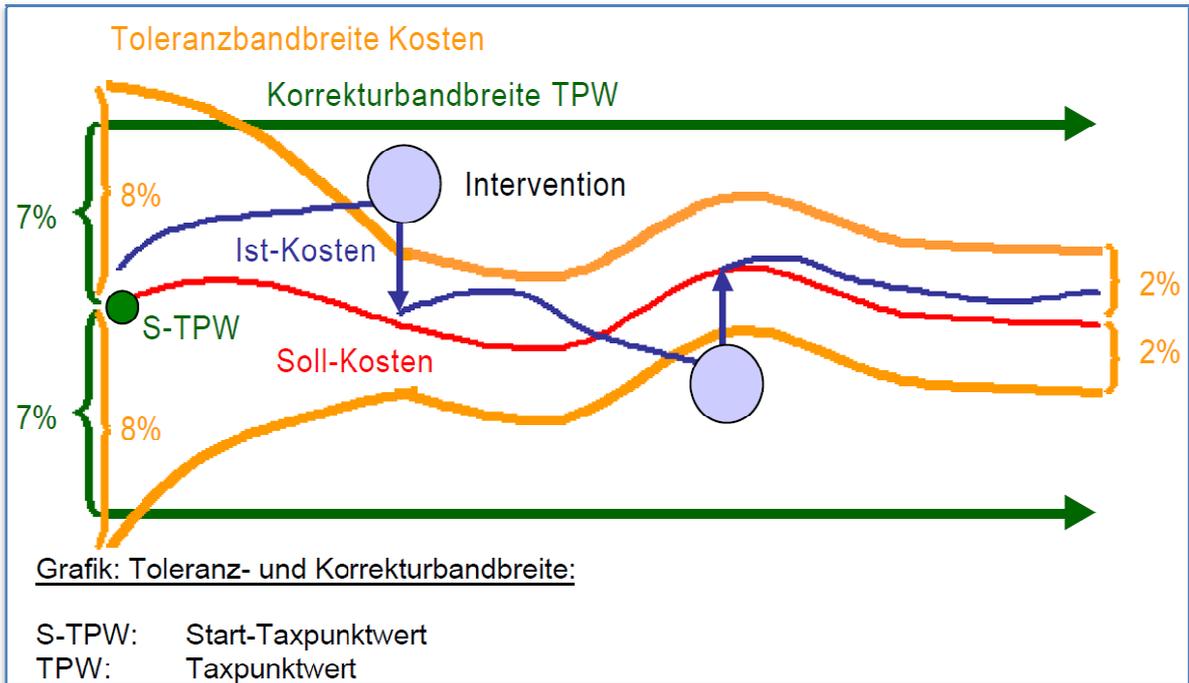
Die Überwachung und Steuerung der Kostenneutralität übernahm ein eigens dafür eingesetztes Gremium („Kostenneutralität-Büro“). Dieses bestand aus je zwei Vertretern der Tarifpartner FMH, H+ und Santésuisse. Hinzu kamen (mit Beobachterstatus) Vertreter der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), der kantonalen Tarifpartner, der Preisüberwachung und des Eidgenössischen Departements des Innern.

¹¹⁴ Kuhn, Hanspeter (1999): Tarifstrukturen, Tarifverträge und Kostenneutralität im KVG, in SAEZ 1999;80: Nr. 28.

¹¹⁵ Santésuisse, „Tarmed in a nutshell“, Vortrag von Urs Vogt vom 5.1.2006.

¹¹⁶ Publiziert sind die Rahmenverträge mit Anhängen auf den Web-Seiten der Tarifpartner, s. http://www.fmh.ch/files/pdf4/anhang_2_def_d.pdf.

Abbildung 13: Konzept für Kostenneutralität und Korrekturen des Taxpunktwert



Quelle: Santésuisse¹¹⁷

In allen Kantonen wurden die Starttaxpunktwerte einvernehmlich zwischen Versicherern, der FMH und H+ berechnet. Die Forderung der Preisüberwachung, dass der Taxpunktwert im Durchschnitt deutlich unter einem Franken liegen muss, konnte 2003 in den Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern durchgesetzt werden. Der schweizerische Durchschnitt des Taxpunktwertes lag bei 0.89 Franken.

Im Bereich der Arztpraxen erfolgte mit dem sog. Praxisspiegel der Ärztekasse ein monatliches Monitoring der Kostenneutralität.

Im Bereich der Spitalambulatorien war es hingegen aus verbandspolitischen Gründen und wegen der schlechten Datenqualität nicht möglich, die Kostenneutralität zu monitorisieren.¹¹⁸ Taxpunktanpassungen in Spitälern liegen in der Kompetenzhoheit der Kantone und sind nicht Sache von H+. H+ und MTK hatten hingegen problemlos eine Kostenbeobachtung und –steuerung für den UV-Bereich vereinbart.

In einigen Kantonen wurden eigene Kostenmonitoring-Systeme aufgebaut. Nach einer Intervention des BAG und Aussprachen zwischen den Tarifpartnern wurden dennoch - und ohne vergleichbares Kostenmonitoring wie in Arztpraxen - Taxpunktwert-Anpassungen in fast allen Vertragsgemeinschaften möglich.

Die Preisüberwachung hat beim Tarmed gegenüber den Kantonsregierungen als Genehmigungs- bzw. Festsetzungsbehörde ein Empfehlungsrecht betreffend Taxpunktwerte. Bei der Einführung von Tarmed richtete die Preisüberwachung ihr Augenmerk auf die Kostenneutralität. Nach

¹¹⁷ <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200206050937361.PDF>.

¹¹⁸ Die Datenqualität im Tarifpool und Datenpool haben gemäss H+ erst seit 2007/2008 eine zufriedenstellende Qualität (elektr. Abrechnung und Kontrolle).

Abschluss der Kostenneutralitäts-Phase hatten sie eine Prüfmethode für die Berechnung ihrer Taxpunktwert-Empfehlungen entwickelt, welche auch nach Abschluss der Kostenneutralitäts-Phase weitergeführt wurde.¹¹⁹ Bis Mitte 2007 basierte die Prüfung der ambulanten Spitaltarife auf den während der Kostenneutralitätsphase verfügbaren Daten und auf der damals angewendeten Berechnungsmethode. Der Grund dafür war, dass sich die Tarifpartner vertraglich auf dieses Vorgehen geeinigt hatten. Seit Mitte 2007 basiert die Analyse der Taxpunktwerte für Spitäler durch die Preisüberwachung immer noch auf dem Datenpool von Santésuisse, aber die Berechnung der Teuerung erfolgt analog zur Prüfung der stationären Spitaltarife. Im Jahr 2009 hat das Bundesverwaltungsgericht einen wichtigen Grundsatzentscheid zugunsten der Preisüberwachung gefällt, und die Prüfmethode der Preisüberwachung bestätigt. In einer zweiten Entscheidung wurde das Prinzip der einheitlichen (und grösseren) Vertragsgemeinschaft zwischen öffentlichen und privaten Spitälern festgesetzt.¹²⁰ Die Preisüberwachung hat sich auch konsequent für die Vereinfachung des Tarmed, für eine Kosten- und Leistungsvereinbarung für Spitäler und für Pauschalisierungen (z.B. Katarakt-Operationen) ausgesprochen.

Fazit der EFK

Die Durchführung der Kostenneutralität wurde den Tarifpartnern überlassen, das BAG war Beobachter des Prozesses eingeladen. Die Kostenneutralitätsforderung führte zur Aufrechterhaltung des Status-quo nach Kanton und Leistungserbringerbereich.¹²¹

5.3 Kostenneutralität führt zur Aufrechterhaltung des Status-Quo

Gemäss Medienmitteilung im Anschluss an die letzte Sitzung des Kostenneutralitäts-Büros vom 17.6.2005 wurde im Bereich der frei praktizierenden Ärzte OKP die Kostenneutralitäts-Phase erfolgreich abgeschlossen.¹²² Die Einführungsphase des Ärztetarifs Tarmed begann am 1.1.2004 und endete am 30. Juni 2005. Ziel dieser „Messphase“ der Kostenneutralität war es, den richtigen Taxpunktwert für den kostenneutralen Übergang auf den Tarmed zu ermitteln. Nach der Festsetzung der Starttaxpunktwerte und einer Startphase wurden während 13 Monaten monatlich die abgerechneten Volumina gemessen und die Kostenneutralität bei den frei praktizierenden Ärzten durch 22 Taxpunktwertanpassungen gesteuert.¹²³ „Die Kostenneutralität wurde damit schweizweit mit einer Abweichung von gut einem Prozent oder 41 Millionen Franken eingehalten“, so die damalige Medienmitteilung des Kostenneutralitätsbüros. Vertragsgemäss sollte innerhalb der folgenden sechs Monate „das Differenzvolumen von 41 Millionen Franken abgebaut werden.“ Ob dies tatsächlich geschah, ist nach wie vor unklar.

¹¹⁹ Recht und Politik des Wettbewerbs 2008/5, S. 780ff.

¹²⁰ Recht und Politik des Wettbewerbs, 2009/5, S. 488. Konkreter Anlass waren die Beschwerden an das Bundesverwaltungsgericht der Taxpunktwerte im JU (Hôpital du Jura, Taxpunktwert auf 0.82 Franken gesenkt) und für zwei Privatspitäler im Kanton Fribourg (Taxpunktwert auf 0.85 Franken gesenkt; analog dem Taxpunktwert der öffentlichen Spitälern dieses Kantons).

¹²¹ Es gab gar Aufforderungen, dass Mitglieder von Ärztesellschaften den „kostenneutralen Übergang“ gewährleisten sollten, indem sie ihr Abrechnungsverhalten auf Ebene Einzelposition „anpassen“ sollten, siehe z.B. http://www.sgumgg.ch/Protokolle%20Berichte/Vor%202007/Protokoll%20SGUMGG_GV_2005.pdf. Kostenneutralität wurde auch als „Einkommensneutralität“ ausgelegt, d.h. ungefähr gleiches Einkommen (Umsatz) wie vor Tarmed.

¹²² http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=13527&detail=yes&navid=726.

¹²³ Im Bereich der eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung/Militärversicherung/Invalidenversicherung) wurde der TPW von 1 Franken auf 92 Rappen gesenkt.

Die Leikov (Leistungs- und Kostenvereinbarung) wurde sowohl vom BAG als auch von den kantonalen Gesundheitsbehörden und den Versicherern als Nachfolgelösung nach der Kostenneutralitäts-Phase gefordert. Das Ziel bestand darin, die ambulanten Arztkosten zu monitorisieren und zu steuern. Es sollten Empfehlungen über die jährlich durchzuführenden Taxpunktwert-Änderungen an die kantonalen Vertragsparteien gemacht werden. Eine weitere vertragliche Steuerung der ambulanten Arztkosten auf der Basis einer reinen Kostenbetrachtung („wie in der Kostenneutralitätsphase“) kam für die Ärzteschaft nicht mehr in Frage. Neu werden mit Leikov Leistungsfaktoren in die Berechnungen des Korrekturfaktors berücksichtigt. Dies sind namentlich Veränderung der Demographie, Veränderungen der Nachfragestruktur, Eingriffe in die Angebotsstruktur, Veränderungen des Leistungskatalogs¹²⁴, Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen und Gestehungskosten. Im September 2005 konnte der nationale Rahmenvertrag Leikov von der FMH und Santésuisse unterzeichnet werden und wenig später wurde dieser auch vom Bundesrat genehmigt.¹²⁵ In den meisten Kantonen ergab sich im Bereich der frei praktizierenden Ärzte mit Leikov eine Nachfolgelösung bei der Kostensteuerung.

Santésuisse und H+ hatten sich weiter darauf geeinigt, ihrerseits eine Anschlussvereinbarung abzuschliessen, die – analog der Leikov - die Kostensteuerung in Spitalambulatorien nach der Kostenneutralitäts-Phase regeln sollte. Eine solche Nachfolgelösung für die Spitalambulatorien fehlt aber auch 2010 immer noch. H+ hat die Vollmacht der Kantone nicht, ein zentrales Kostenmonitoring für Spitäler vergleichbar mit Leikov aufzubauen und durchzusetzen.

Gemäss den statistischen Analysen der EFK¹²⁶ wurden die Taxpunktwerte für Arztpraxen und auch für Spitalambulatorien in den meisten Kantonen gesenkt. Der durchschnittliche Taxpunktwert für Arztpraxen ging von 2004 bis 2008 gewichtet von 0.90 auf 0.88 Franken zurück, für Spitalambulatorien im selben Zeitraum ebenfalls gewichtet von 0.91 auf 0.90 Franken zurück.

Anhand der statistischen Analysen der EFK 2010 (op.cit.) lässt sich feststellen, dass die Kostenentwicklungen im Tarmed-Bereich und im Nicht-Tarmed-Bereich beinahe identisch ausfallen. Dies dürfte wesentlich mit den Vereinbarungen zur Kostenneutralität bei Tarmed zusammenhängen. Der Trend wurde dadurch sozusagen eingefroren.

Das trendmässige Wachstum der drei Bereiche – Spital ambulant, Spital stationär und Arztpraxen wurde ebenfalls analysiert, s. Abbildung 14.

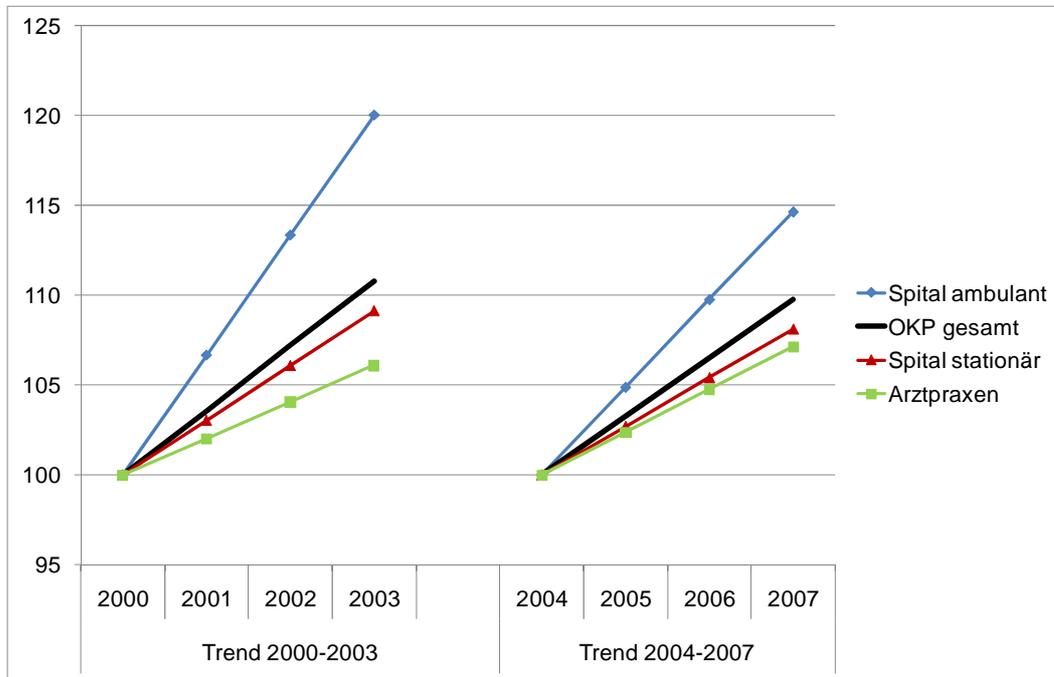
¹²⁴ So wurde in der Verhandlungsrunde zur TPW-Empfehlung 2009 erstmals die vom BAG verordnete Impfung gegen FSME als eigentlicher Kostenfaktor eingebracht, s.

http://www.bluecare.ch/fileadmin/Dateiliste/Dokumente/GB_NewIndex_2007.pdf.

¹²⁵ Stoffel, Urs: Die Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV), in saez 2006;87: 39.

¹²⁶ EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed.

Abbildung 14: Trend 2000-2003 und 2004-2007 für Spitäler stationär, Spitäler ambulant und Arztpraxen im Vergleich (Index=100 für 2000 und 2004)



Quelle: EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed, Abbildung 8.

Das trendmässige Wachstum des gesamten OKP-Bereichs ist in beiden Perioden (2000-2003 und 2004-2007) vergleichbar. Es beträgt rund 10% für die Jahre 2001-2003 und rund 11% für die Jahre 2005-2007. In beiden Perioden ist das Wachstum im spitalambulanten Bereich klar am höchsten: rund 20% in den Jahren 2001-2003 bzw. 15% in den Jahren 2005-2007. Demgegenüber wachsen der spitalstationäre Bereich und der Bereich der Arztpraxen schwächer als die Gesamtentwicklung OKP. In beiden Perioden ist das Wachstum für den spitalstationären Bereich gegenüber dem ärztlichen Bereich etwas stärker: 9% gegenüber 6% in der Periode 2000-2003 und 8% gegenüber 7% in der Periode 2004-2007.

Mittels der Daten der Ärztekasse hat die EFK für den Zeitraum von 2004-2008 die Entwicklung der TARMED-Leistungen in Arztpraxen in eine Mengenentwicklung und eine Preisentwicklung aufgeteilt.¹²⁷ Die Ergebnisse zeigen, dass die Preise unter TARMED in der Tendenz leicht zurückgegangen sind, wie dies aufgrund der Reduktion der Taxpunktwerte zu erwarten war. Gleichzeitig haben die Mengen mit wenigen Ausnahmen zugenommen, im Durchschnitt der Jahre 2005-2008 um gut 3%. Für die Allgemeinmedizin beträgt der Mengenzuwachs 2.6%, für die Arztpraxen insgesamt (ohne Psychiatrie) 3.2%, für die Ophthalmologie 3.9% und für die Gynäkologie 5.0%. Die detailliertere quantitative Analyse der EFK bestätigt Anreize zur Mengenausweitung bei grösseren Tarmed-Positionen und explizit z.B. bei Kataraktoperationen.

Auf Anfrage gibt die Schweizerische Gesellschaft für Ophthalmologie diesbezüglich an, dass die Mengenentwicklungen bei Kataraktoperationen u.a. auf demographische Entwicklungen zurückzuführen sind.

¹²⁷ EFK (2010), op.cit. S. 53.

Tabelle 19: Entwicklung Anzahl Kataraktoperation und Demographie, 2000-2008

	Anzahl 2000	Anzahl 2008	Zunahme 2000-2008
Bevölkerung	7.2 Mio.	7.7 Mio.	+ 7%
65-75 Jährige	0.726 Mio.	0.883 Mio.	+ 22%
Kataraktoperationen	40'000	60'000	+ 50%

Quelle: Schweiz. Ophthalmologische Gesellschaft.

Die Tabelle zeigt, dass die Anzahl Kataraktoperationen weit schneller steigt als die demographischen Faktoren Bevölkerungswachstum und wachsender Anteil älterer Personen. Die Demographie vermag m.a.W. das Wachstum bei der Anzahl Kataraktoperationen nicht alleine erklären.

Für die Spitalambulatorien wurden von der EFK die Daten des Tarifpools, aus statistischen Gründen allerdings nur für das Tarmed Kapitel 00, Grundleistungen und die Jahre 2006-2007, nach Mengen- und Preisentwicklung aufgeteilt.¹²⁸ Die Umsätze der Spitalambulatorien stiegen deutlich stärker an als jene der Arztpraxen. Die Mengenzunahme fällt hier über die zwei betrachteten Jahre 2006/2007 hinweg mit fast 19% markant stärker aus als bei den Arztpraxen mit rund 5%. Es stellt sich die schwierige Frage, ob die Mengenzunahme eine Auswirkung der gesenkten Taxpunktwerte ist oder umgekehrt.

Neue Zahlen sprechen von einem extrem starken Wachstum der ambulanten Spitalbehandlungen auch im 2008:¹²⁹

„Spitalkosten ausser Kontrolle: Der Kostenanstieg 2008 pro versicherte Person nach Datum Behandlungsbeginn in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) liegt mit 5,4 Prozent über dem Vorjahreswert von 3,8 Prozent. Grösster Kostentreiber waren einmal mehr die Spitäler. Das hohe Wachstum der ambulanten Spitalbehandlungen von 12,7 Prozent belastete die OKP mit zusätzlichen 400 Millionen Franken oder zwei Prämienprozenten. Zusammen mit den 200 Millionen Franken Wachstum der stationären Spitalbehandlungen hätten die Prämien im letzten Jahr um 3 Prozent steigen müssen, nur um die gestiegenen Spitalkosten zu Lasten der OKP zu decken.“

Der Trend zur Kostensteigerung war im spitalambulanten Bereich in den Jahren vor Tarmed stärker als in den Jahren nach der Einführung (2005-2007). Der überproportionale Anstieg der Kosten im spitalambulanten Bereich scheint mehr eine Auswirkung unterschiedlicher Anreize zwischen Spital stationär (duale Finanzierung Krankenkasse-Kanton) und Spital ambulant (monistische Finanzierung = Deckung aller Kosten durch die Krankenkassen) zu sein als eine Auswirkung von Tarmed. Die eventuelle Einführung des Monismus im stationären Bereich der Spitäler ist seit Jahren ein Thema in Parlament (SwissDRG, Spitalplanung).¹³⁰ Hinzu kommt, dass im früheren System mit dem „Tiers garant“ in Spitälern gemäss Berechnungen von H+ bis zu 30% der Rechnungen von den Versicherten nicht eingereicht wurden. Es gibt in der Schweiz keine öffentliche nationale Statistik über die Anzahl und Art der ambulanten medizinischen Leistungen.

¹²⁸ EFK (2010): op.cit.

¹²⁹ Pressemitteilung von Santésuisse vom 22.9.2009.

¹³⁰ 09.3275 – Motion, Einführung des Monismus im KVG.

Eine begrenzte Erhebung, welche H+ im September 2010 durchführte scheint zu bestätigen, dass aufwendige ambulante Spitalleistungen zunehmend stationäre Spitalaufenthalte ersetzen.

Fazit der EFK

Die Analyse der EFK zeigt, dass der Trend der Kostenentwicklung vor und nach der Einführung von Tarmed vergleichbar ist und dass damit die Einhaltung der Kostenneutralität in einem allgemeinen statistischen Sinn erreicht wurde. Da es aus verbandspolitischen und praktischen Gründen kein zentrales Kostenmonitoring der Spitäler gab, kann niemand mit Bestimmtheit sagen, ob die Arztpraxen oder die Spitäler bei der Umsetzung der Kostenneutralität strenger behandelt wurden. Der Kostentrend ist im spitalambulantem Bereich klar am höchsten, vor und mit Tarmed. Das aus Sicht der Krankenversicherer problematische starke Ausgaben- und Mengenwachstum in den Spitalambulatorien kann aber als politisch gewünscht angesehen werden (unterschiedliche Finanzierungsanreize stationär – ambulant).

Es besteht die Gefahr, dass im Tarmed (einfach) die Taxpunktswerte geändert werden, auch in Fällen wo (aufwändige) Änderungen der Tarifstruktur notwendig wären. Die Preisüberwachung richtet seit Abschluss der Kostenneutralitätsphase sein Augenmerk vermehrt auf die Taxpunktswerte der Spitalambulatorien.

5.4 Fazit: Kostenneutralität führte zu tiefen Starttaxpunktswerten, aber auch zur Aufrechterhaltung des Status-Quo

Der Bundesrat musste das Prinzip der Kostenneutralität beim Übergang zum neuen Tarifmodell Tarmed gegen den Widerstand der Leistungserbringer, besonders der FMH, durchsetzen. Die Kostenneutralitäts-Forderung wird als Operationalisierung des gesetzlichen Gebots der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des Tarifvertrags (Art. 46 Abs. 4 KVG) verstanden. Mit einem Leitescheid vom 18. Oktober 2000 hatte der Bundesrat in seiner Funktion als Rekurs-Instanz bei KVG-Streitfragen¹³¹ die Kostenneutralität als gängige Rechtspraxis im Zusammenhang mit dem Physiotherapietarif bestätigt. Mehrere Jahre nach dem Inkrafttreten des Tarmed wird die Kostenneutralität bei einem Wechsel des Tarifmodells auf Verordnungsstufe präzisiert. Die fehlende Verankerung im KVG des Gebots der Kostenneutralität bei Wechsel des Tarifmodells bzw. der Tarifstruktur führt immer noch zu unnötigen Unklarheiten und Differenzen.

Die statistische Analyse der EFK bestätigt, dass der Kostentrend vor und nach der Einführung des Tarmed vergleichbar ist, und dass damit die Einhaltung der Kostenneutralität in einem allgemeinen statistischen Sinn erreicht wurde. Die Forderung der Kostenneutralität führte dazu, dass die Starttaxpunktswerte in allen Kantonen und Leistungserbringerbereichen unter einem Franken angesetzt wurden. Damit wurde in den Jahren nach der Einführung von Tarmed eine starke Ausgabenzunahme vermieden.

Im Bereich der Arztpraxen ist mit Leikov eine einvernehmliche Nachfolgelösung für die Kostensteuerung gefunden worden. Die Kostensteigerung ist im spitalambulantem Bereich aber auch in den letzten Jahren klar am höchsten, im 2008 entspricht sie 400 Mio. Franken, entsprechend 2% extra Prämienprozenten in der OKP¹³². Da die Finanzierung der Ambulatorien monistisch ist (und in Anbetracht von SwissDRG), haben die Kantone Anreize, die Spitalambula-

¹³¹ Seit dem 1.1.2007 nimmt das Bundesverwaltungsgericht diese Funktion wahr.

¹³² Santéuisse, Communiqué vom 22.09.2009 - Spitalkosten ausser Kontrolle

torien auszubauen und voll auszulasten. Natürlich spielen auch andere Faktoren eine Rolle für das sehr starke Kostenwachstum im spitalambulanten Bereich (verändertes Verhalten der Versicherten und Abrechnungsverhalten der Ambulatorien, usw.).

Es besteht die Gefahr, dass im Tarmed (einfach) die Taxpunktwerte geändert werden auch in Fällen wo (aufwändige) Änderungen der Tarifstruktur notwendig wären. Die Kostenneutralität führt weiter dazu, dass es für die FMH schwierig ist zu Gunsten der numerisch starken Grundversorger klare finanzielle Prioritäten vorzugeben, da eine Umverteilung die numerisch schwächeren technisch orientierten Fachrichtungen finanziell stärker treffen würde.

6 Ist die Tarifpflege zuverlässig?

Die Tarifpartner hatten im Jahr 1989 selber Leitlinien für die Entwicklung eines neuen Ärztetarifs formuliert. Diese sollten ermöglichen, den Tarmed nach seiner Einführung ohne grossen Aufwand zu überarbeiten und neuen medizinischen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen anzupassen.¹³³

Tarifpflege umfasst sowohl die jährlichen Anpassungen und Korrekturen als auch umfassende Revisionen (z.B. Reengineering Radiologie, Tarmed 2010). Die Tarifpflege soll die Kostenrealität gewährleisten.

Die laufenden Anpassungen der Taxpunktwerte (kantonal geregelt) sind nicht Gegenstand dieses Kapitels, da sie nicht Teil der Tarifstruktur sind.

Dieses Kapitel basiert hauptsächlich auf dem von der EFK (2010) erarbeiteten Teilbericht zur Tarmed-Evaluation: „Mise à jour de Tarmed – Examen des processus et du rôle de la Confédération.“

6.1 Tarifpflege des Tarmed ist gesetzliches Gebot und ist wichtig

In Art. 46 Abs. 4 KVG ist das Ziel der Prüfung durch die Genehmigungsbehörde umschrieben:

„... Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.“

Die Tarifstruktur des Tarmed ist Teil des Tarifvertrags und der Bundesrat stellte mit der Genehmigung der ersten Version des Tarmed klar, dass ihm jede zukünftige Änderung der Tarmed Tarifstruktur zur Genehmigung zu unterbreiten ist. Inzwischen hat sich die Praxis etabliert, dass die Tarifpartner (durch Tarmed Suisse) jedes Jahr eine revidierte Version der Tarifstruktur zur Genehmigung unterbreiten. Die Leistungserbringer (FMH und H+) vertreten jedoch immer noch die Meinung, dass eine Genehmigung der neuen Jahresversionen des Tarmed durch den Bundesrat gar nicht notwendig ist.

Seit 2007 ist in der Art. 59 Abs. 1 Bst. c KVV präzisiert, welchen Grundsätzen ein Tarifvertrag entsprechen muss und welche Pflichten die Tarifpartner und die Genehmigungsbehörde bei der Überprüfung haben:

„Die Genehmigungsbehörde überprüft, ob der Tarifvertrag 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.

Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Grundsätze a) und b) nicht mehr gewährleistet sind. Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren.“

¹³³ Ärztekasse, Check-up 01/2000: Tarmed – eine unendliche Geschichte?

Die technologische Entwicklung in der Medizin verändert die Möglichkeiten und das Angebot wird ständig verbessert. Vor einigen Jahrzehnten konnte z.B. eine Kataraktoperation nur von wenigen, sehr erfahrenen Chirurgen vorgenommen werden, der Patient musste darüber hinaus mit mehreren Aufenthaltstagen im Spital rechnen. Um 1987 wurden die ersten Kataraktoperationen mittels Lasertechnologie durchgeführt. Im Jahr 2000 wurden gemäss Angaben der SOG in der Schweiz rund 40'000 Kataraktoperationen vorgenommen, 2008 waren es schon rund 60'000 Operationen. Die Kataraktoperation ist damit der in der Schweiz am häufigsten vorgenommene chirurgische Eingriff. Am Beispiel der Kataraktoperation kann illustriert werden, dass technologische Sprünge und Entwicklungen vorkommen, die Tarifierpassungen notwendig machen.

Aber auch veraltete Eckwerte im System Tarmed, Verbesserungen der Abläufe und der Effizienz machen Tarifrevisionen notwendig (Löhne aus den 90er Jahren, Zeitbedarf und Anpassung der Minutagen, Auslastungen, Produktivitäten, usw.). Die Fallstudien zeigen, dass Tarmed-Preise sehr sensibel auf bereits minimalen Änderungen bei Minutagen und Produktivitäten reagieren, s. Kap. 2.4.1. und Kap. 2.4.2.

Gemäss Kommentaren zu den Änderungen der KVV von Juni 2007 ist Art. 59c Abs. 1 Bst. c folgendermassen auszulegen¹³⁴:

„Für die Bestimmung eines wirtschaftlichen Tarifs dürfen von den transparent ausgewiesenen Kosten ausschliesslich diejenigen vergütet werden, die einer effizienten Leistungserbringung entsprechen. Die effiziente Leistungserbringung ist aufgrund von Aspekten wie Auslastung sowie von Instrumenten oder Methoden wie Quervergleiche zu beurteilen.“

Fazit der EFK

Die gesetzliche Pflicht zu überprüfen, dass Tarmed-Preise höchstens die Kosten einer effizient betriebenen Praxis decken, obliegt gemäss KVV den Tarifpartnern. Wenn die Preise diese Kosten übersteigen, haben sie den Tarif zu senken. Technologische Fortschritte und organisatorische Änderungen (bspw. verbesserte Effizienz) samt Revision von Eckwerten verändern die relativen Kosten der Leistungen und machen eine kontinuierliche Tarifpflege erforderlich. Die Tarifpartner müssen das BAG über die Resultate der Überprüfungen der Kostenrealität des Tarifs informieren. Ohne laufende Tarifpflege werden häufiger aufwändige Totalrevisionen notwendig. Schief lagen bei Minutagen sind ein bekanntes Problem, die Tarifpartner haben die Genehmigungsbehörde ungenügend darüber informiert.

6.2 Tarmed Suisse – die Tarifpflege stagniert

Tarmed Suisse wird von den vier Tarifpartnern H+, FMH, Santésuisse und MTK getragen und ist Eigner der Tarmed-Klassifikation. Ihre Aufgaben sind Unterhalt und Weiterentwicklung der Tarifstruktur Tarmed. Sie besteht aus paritätisch zusammengesetzten Kommissionen und Arbeitsgruppen sowie einer Geschäftsstelle als Sekretariat. Für Entscheide ist Einstimmigkeit zwischen allen vier Tarifpartnern erforderlich.

Das Leitungsgremium hat Entscheidungsbefugnis über Tarifänderungen. Drei Kommissionen sind für vorbereitende Beratungen und Anträge an das Leitungsgremium zuständig:

¹³⁴ Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen für den 1. August 2007 und 1. Januar 2008, Kommentar. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/04446/index.html?lang=de>

- Paritätische Kommission für Dignitätsfragen, Sparten usw. (PaKoDig): Überprüfung der Initialisierung der Datenbanken Dignität und Sparten sowie der operativen Umsetzung der Konzepte Dignität und Sparten.
- Paritätische Kommission für Interpretationsfragen des Tarifs (PIK): Die PIK ist für die Auslegung von Tarifpositionen der Tarmed Tarifstruktur zuständig.
- Paritätische Kommission für Tarifneuerungen und Tarifänderungen (PTK): Aufgaben dieser Kommission sind die Entgegennahme, Prüfung und Bearbeitung von Anträgen auf Anpassung, Neuaufnahme oder Streichung von Leistungen im Tarmed sowie Entgegennahme, Prüfung und Bearbeitung von Anträgen auf Anpassung der Anwendungsregeln des Tarmed.

Alle vier Tarifpartner sind in den Kommissionen und im Leitungsgremium paritätisch vertreten. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat Beobachterstatus.

Die Geschäftsstelle von Tarmed Suisse besteht aus zwei Mitarbeitern, welche primär die Arbeiten von Leitungsgremium, Kommissionen und Arbeitsgruppen unterstützen. Die Geschäftsstelle verfügt nicht über eigene Entscheidungskompetenzen betreffend Tarmed. Die Vertragsparteien verfügen hingegen über eigene Tarifiedienste (Ressourcen) und - mit Ausnahme von H+ - über eigene Datenbanken (notwendige Entscheidungsgrundlagen).

Datenparität ist ein Begriff welcher im Tarmed genutzt wird. Er bedeutet, dass die Ärzteschaft eigene Daten (Ärtekasse und New Index) den Daten von Santésuisse (Datenpool und Tarifpool) entgegenhalten kann. Im besten Fall ergänzen sich die Daten der Tarifpartner, im schlimmsten Fall resultiert gegenseitiges Misstrauen bezüglich der Daten(-qualität) der Gegenpartei („Meine Daten sind die richtigen!“).

Bei der Tarifpflege spielt die PTK eine Schlüsselrolle. Die EFK hat zusammen mit Tarmed Suisse die Gesuche um Tarifänderungen an die paritätische Tarifkommission analysiert.

Tabelle 20: Gesuche an die PTK – Behandelte und genehmigte, 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008	Summe
Genehmigte Gesuche	80	85	52	30	31	278
... in % der behandelten Gesuche	41%	64%	58%	45%	44%	50%
Abgelehnte Gesuche	29	26	15	5	10	85
Zurückgestellte Gesuche	85	22	22	31	29	189
Behandelte Gesuche, total	194	133	89	66	70	552
... davon Gesuche der FMH	140	42	33	34	32	281

Quelle: EFK aufgrund von Angaben von Tarmed Suisse

Die Hälfte aller behandelten Gesuche in den Jahren zwischen 2004-2008 wurde genehmigt. Nach 2005 ist die Anzahl der behandelten Gesuche gefallen und hat sich in den letzten Jahren stabilisiert, nachdem in den Jahren 2004 und 2005 sehr viele Gesuche eingereicht wurden. Mehr als die Hälfte aller Gesuche stammen von der FMH.

Die EFK wollte auch wissen, ob es nennenswerte Unterschiede beim relativen Anteil genehmigter Gesuche zwischen den Tarifpartnern gibt.

Tabelle 21: Behandelte Gesuche an die PTK - Anteil der genehmigten Gesuche

	2004	2005	2006	2007	2008	Summe
Anteil der genehmigten Gesuche der FMH	38/140 27%	26/42 60%	10/33 30%	10/34 30%	10/32 30%	94/281 33%
Anteil der genehmigten Gesuche der Santésuisse	9/11 82%	12/27 44%	11/20 55%	7/9 78%	7/11 64%	46/78 59%
Anteil der genehmigten Gesuche der H+	12/21 57%	16/21 76%	10/13 77%	2/3 66%	1/5 20%	41/63 65%
Anteil der genehmigten Gesuche der MTK	16/16 100%	5/8 63%	17/18 94%	5/12 41%	6/14 42%	49/18 72%
Anteil der genehmigten Gesuche der PTK	3/4 75%	14/26 54%	1/3 33%	3/5 60%	0/0 -	21/38 55%
Anteil der genehmigten Gesuche der PIK u. PaKoDig	2/2 100%	9/9 100%	3/3 100%	3/3 100%	7/8 87%	24/25 96%
Total der genehmigten Gesuche	80/194 41%	85/133 64%	52/89 58%	30/66 45%	31/70 44%	278/552 50%

Quelle: EFK aufgrund von Angaben von Tarmed Suisse

Die Hälfte der in den Jahren zwischen 2004-2008 behandelten Gesuche wurde von der PTK auch genehmigt. Der „aktivste“ Tarifpartner hinsichtlich Gesuche ist die FMH, deren Gesuche hatten aber mit ca. 1/3 die tiefsten Chancen für eine Genehmigung. Die Gesuche der Tarmed-Kommissionen (PIK, PaKoDig) haben die höchste Akzeptanz und die Gesuche der Medizinaltarifkommission MTK (im Namen der eidgenössischen Versicherungen) sind in der Regel auch gut akzeptiert. Die Anzahl Gesuche hat in den letzten Jahren abgenommen. In der Praxis werden viele Gesuche schon auf Ebene der PTK zurückgewiesen und nicht behandelt.

Tabelle 22: Finanzielle Auswirkungen der PTK-Entscheide

Finanzielle Auswirkungen der Entscheide	Version	Version	Version	Version	Version	Total	Anteil
	1.1	1.03	1.04	1.05	1.06		
Mehr als 5 Mio. Franken	4	6	3	0	2	15	5%
1 – 5 Mio. Franken	9	2	5	5	4	25	8%
Weniger als 1 Mio. Franken	85	29	34	23	2	173	57%
Einsparungen	13	30	26	10	0	79	26%
Schätzung nicht möglich	0	0	0	8	5	13	4%
Total	111	67	68	46	13	305	100%

Quelle: EFK aufgrund von Angaben von Tarmed Suisse

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass nur bei 13% der Entscheide mit finanziellen Auswirkungen von mehr als 1 Mio. Franken gerechnet wird.

Fazit der EFK

Tarmed Suisse besteht aus einer minimal dotierten Geschäftsstelle und den paritätisch und zum Teil im Milizsystem arbeitenden Kommissionen. Personal- und andere Ressourcen einschliesslich des Zugangs zu wichtigen Datenbanken sind bei den vier Tarifpartnern geblieben. Sogar eine „minimale Professionalisierung“ von Tarmed Suisse haben die Tarifpartner im Jahr 2009 im Leitungsgremium abgewiesen. Alle Änderungen des Tarmed verlangen Einstimmigkeit zwischen den Tarifpartnern, dies führt zu zeitraubenden Entscheidungsfindungen oder gar Blockierungen. Bei der Leitung der Geschäftsstelle kam es mehrmals zu personellen Änderungen. Die PTK spielt eine wichtige Rolle bei der Tarifpflege, welche ihr zu Beginn nicht zugedacht war. Sie sollte selber Vorschläge zur Tarifpflege unterbreiten und als Ratgeber funktionieren. Es gibt personelle Überschneidungen zwischen PTK, PIK und Leitungsgremium (d.h. Personen, welche in mehreren Gremien gleichzeitig tätig sind). Zwischen den Verhandlungsparteien herrscht Misstrauen und das Verhandlungsklima ist sehr schlecht.

In etwas mehr als acht Jahren gab es sechs Versionen des Tarmed, welche lediglich bescheidene inhaltliche Änderungen aufwiesen (von der Revision innerhalb der Radiologie abgesehen). Die FMH ist bezüglich Gesuchstellung der aktivste Tarifpartner, der Anteil ihrer genehmigten Gesuche war jedoch am geringsten.

Nachhaltige Lösungen von anspruchsvollen Tarifproblemen werden unter Verweis auf Tarmed 2010 ins Ungewisse verschoben.

6.3 Die Verwendung von Analogiepositionen: ein grosses Risiko für Tarmed

Der Bundesrat stellte im Rahmen der Genehmigung der ersten Versionen des Tarmed die Gesetzeslage betreffend Verrechnung von Analogiepositionen klar:

„Es wird festgestellt, dass die Tarifstruktur Tarmed Version 1.1 keine umfassende und abschliessende Aufführung der ärztlichen Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 i.V. mit Art. 33 Abs. 1 KVG enthält. Die Verrechnung von Analogiepositionen wie Nichtübernahme einer aufgeführten Leistung mangels Pflichtcharakter ist daher weiterhin möglich.“¹³⁵

Dies wird den Tarifpartnern im Genehmigungsbrief jedes Jahr mitgeteilt. In der von Tarmed Suisse veröffentlichten Version des Tarmed steht in den einleitenden Interpretationsregeln, dass die Verwendung von sog. Analogietarifpositionen strikte untersagt ist.

Gemäss Angaben FMH sind ca. 40 Leistungen heute ohne Tarif und diese werden wahrscheinlich mittels Analogieposition verrechnet. Nähere Angaben über das Problem der Analogieverrechnung gibt es nicht. Gravierend ist, dass gewisse Leistungen, welche gemäss Verordnung bereits in den Leistungskatalog der OKP aufgenommen wurden, auch nach Jahren nicht tarifiert sind.

Am Beispiel der Kapselendoskopie lässt sich dies illustrieren. Die Kapselendoskopie ist ein im Jahre 2000 vorgestelltes und 2001 erstmals allgemein angewendetes bildgebendes Verfahren, vor allem zur Untersuchung des Dünndarms. Dieser ist im Gegensatz etwa zu Magen und Dickdarm relativ schwer mit von aussen geführten Endoskopen erreichbar.

¹³⁵ Gemäss Beschluss des Bundesrates vom 30. September 2002, Anhang des Briefes des BSV vom 3. Oktober 2002 an die Tarifpartner.

Abbildung 15: Kapselendoskopie gemäss KLV

Kapselendoskopie	Ja	Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökal-klappe bei – Blutungen unbekannter Ursache – chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms – nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2004/ 1.1.2006
------------------	----	--	-----------------------

Quelle: Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Die Kapselendoskopie ist ein gutes Beispiel für eine technologische Neuerung mit Tarifierungsproblematik: Eine bemerkenswerte technische Neuerung wird nach einigen Jahren als Leistung in den Katalog der OKP aufgenommen, die Tarifpartner sind sich aber auch nach langen Verhandlungen nicht über die Tarifierung der Leistung einig. Santésuisse schlägt 400, die FMH 1'000 Taxpunkte für diese Leistung vor. Die Anzahl Taxpunkte ist vor Allem von der Anzahl Zentren, welche diese Leistung anbieten sollen und deren minimalen Auslastung abhängig.

Im Januar 2010 stellte Santésuisse im Namen der Tarifpartner den Antrag an den Bundesrat, die Tarmed-Tarifstruktur um die Kapselendoskopie zu ergänzen. Mit Brief vom 25.2.2010 teilte aber das BAG Santésuisse mit, dass der Bundesrat auf den Antrag auf Anpassung der Tarifstruktur nicht eintreten kann. Art. 43 Abs. 5 besagt (gemäss BAG), dass der Bundesrat einzig im vertragslosen Zustand eine Einzelleistungstarifstruktur festlegen kann. Der Bundesrat hat nicht die gesetzliche Kompetenz, bei Uneinigkeiten über die Tarifierung und Aufnahme einer Position in den Tarmed hoheitlich zu entscheiden. Eine nationale Lösungsfindung obliegt somit gemäss BAG weiterhin den Tarifpartnern.

Per Mai 2010 wurde folgender ergänzende Vorschlag zu Art. 43 Abs. 5 KVG im Parlament beraten:

„5ter: In Abweichung von den Absätzen 4 und 5 kann der Bundesrat Anpassungen in der Tarifstruktur festsetzen, wenn sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können und sich die Struktur als nicht mehr sachgerecht erweist.“¹³⁶

Es ist gemäss BAG juristisch nicht abgesichert, ob dies bedeutet, dass die Genehmigungsbehörde im Streitfall den Taxpunkt für die Kapselendoskopie festlegen kann.

¹³⁶ KVG Art. 46 Abs. 4 und 5 lauten wie folgt: „4 Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. 5 Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Abs. 2 beträgt mindestens sechs Monate.“

Fazit der EFK

Analogieverrechnungen sind ein grosses und andauerndes Problem für Tarmed, wie es das Fallbeispiel der Kapselendoskopie illustriert. Gemäss Angaben der FMH gibt es bis zu 40 Leistungen, welche heute mittels Analogiepositionen verrechnet werden. Die Weisungen für die Verrechnung von Analogiepositionen sind widersprüchlich.

Die Kapselendoskopie ist das Beispiel einer neuen Leistung welche den Weg in den Katalog der Leistungen der OKP fand. Da die Tarifpartner sich auch nach Jahren nicht auf eine Tarifierung einigen können, richteten sie sich an den Bundesrat mit der Bitte, den Tarif festzulegen. Der Bundesrat hat aber gemäss BAG nicht die Kompetenz, diese Leistung zu tarifieren, solange ein gültiger Tarifvertrag vorliegt. Damit bleibt das Tarifierungsproblem ungelöst.

6.4 Die vorgesehene Tarifrevision Tarmed 2010 ist gescheitert

Das Revisionsprojekt Tarmed 2010 wurde in der Regie von Tarmed Suisse formuliert und in seiner Version vom 17.6.2008 von den Tarifpartnern verabschiedet. Die Umsetzung des Projektes hat jedoch auch nach zwei Jahren noch nicht begonnen, obwohl Einigkeit darüber herrscht, dass Tarmed einer gründlichen Revision bedarf.

Ziel des Projektes war die Einführung eines revidierten Tarifs zum 1.1.2011. An einem Einzelleistungstarif sollte festgehalten werden, die Nomenklatur aber vereinfacht werden. Die Modelle Infra, Koreg, die Minutagen „von noch zu bestimmenden Leistungen“ sowie das Dignitätskonzept sollten überarbeitet werden. Es sollte ein Instrument geschaffen werden, um das Mengengerüst periodisch zu überprüfen und zu aktualisieren. Eine Besserstellung der Grundversorgung sollte ebenfalls angestrebt werden. Man sah vorläufig folgenden Kostensteuerungsmechanismus vor: Die Veränderung der Jahresheilkosten sollten sich in einer Bandbreite von $\pm 4\%$ bewegen und die gesetzlichen Vorgaben sollen berücksichtigt werden.

Unstimmigkeiten über die Notwendigkeit einer Vereinbarung über die Kostensteuerung bzw. Kostenneutralität blockieren seit über zwei Jahren das Projekt. Santésuisse befürchtet, dass Tarmed 2010 einen Kostenschub in der OKP verursachen wird. Im besten Fall erhofft sich Santésuisse, dass ein Teil der Mehrkosten, welche durch das Update veralteter Eckwerte (Grat und Infra) entstehen, durch eine Anpassung gewisser Minutagen nach unten aufgewogen werden können. Die FMH steht intern unter Druck, für die Hausärzte bessere Entschädigungsbedingungen auszuhandeln. Sie ist aber nicht damit einverstanden, dass dies allein auf Kosten der operativ tätigen Ärzte geschehen soll. Für H+ und die Spitäler ist eine zwingende Koppelung zwischen Revision und Kostenneutralitätsvereinbarung nicht tragbar.

Die MTK ist bei OKP-Leistungen nicht Vertragspartei, hat mit einzelnen Leistungserbringern für die UV und die IV Pauschalverträge ausgehandelt und damit den Druck auf Tarmed reduziert.



Fazit der EFK

Die Ziele von Tarmed 2010 bleiben sehr vage: Wie soll die Grundversorgung ohne Einbussen auf Seiten der operativ/technischen Leistungen gestärkt werden? Die Methoden und Ziele zur Überprüfung „gewisser Minutagen“ sind ebenfalls unbestimmt.

Obwohl technisch sicher machbar, ist Tarmed 2010 an der Vorgabe, eine einvernehmliche Verhandlungslösung zu finden, gescheitert. Die Tarifpartner haben die Pflicht, den Tarif anzupassen, schaffen dies aber aus eigenen Kräften nicht. Da die Tarifverträge nicht gekündigt sind, kann der Bundesrat nicht einschreiten.

6.5 Die Tarifautonomie begrenzt die Möglichkeiten des BAG

6.5.1 Gesetzliches Mandat (zu) generell und umstritten

Das federführende Amt für die Genehmigung der ersten Version des Tarmed war dazumal das BSV. Das BAG konzentriert sich in den letzten Jahren bei der materiellen Prüfung der Tarifstruktur auf Änderungen seit der letzten Version. Es hat eine Check-Liste und einen Flow-chart für die materielle Prüfung des Tarmed ausgearbeitet.

In einem Artikel in der Zeitschrift für Soziale Sicherheit aus dem Jahr 2001 wurde die materielle Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit folgendermassen umschrieben:

„Die Angemessenheit einer Tarifvereinbarung wird an den Vorgaben der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit gemessen. Konkret sind sowohl die Höhe und die korrekte Berechnung des Tarifes als auch seine Auswirkungen auf das Leistungsvolumen zu prüfen.“¹³⁷

Wichtig bei der materiellen Überprüfung durch das BAG sind die wirtschaftliche Tragbarkeit und der erwartete Prämienanstieg.

Die Tarifpartner beklagen sich darüber, dass der Bundesrat jeweils etwa 5-8 Monate Zeit braucht, um eine neue Version des Tarmed zu genehmigen. Das BAG erachtet eine Bearbeitungszeit von 4 Monaten als Minimum, insbesondere ist die Bedingung für eine zeitgerechte Bearbeitung des Gesuches von der Unterbreitung sämtlicher relevanter Unterlagen in nachvollziehbarer Form abhängig. Erklärende Dokumente von Seiten der Tarifpartner fehlen oft und führen zu Nachfragen durch das BAG, was wiederum zu Verzögerungen bei der Genehmigung führt.

Tabelle 23: Versionen des Tarmed: Geschätzte finanzielle Auswirkungen

Version	In Kraft seit	Finanz. Auswirkung Mio. Franken
Alpha 3.0	Nicht umgesetzt	
1.1	01.01.2004	89.2
1.03	01.01.2006	-116.5
1.04	01.01.2007	19.7
1.05	01.01.2008	8.3
1.06	01.03.2009	43.9
1.07	01.04.2010	-26.7

Quelle: BAG aufgrund von Angaben von Tarmed Suisse

¹³⁷ Schneider, Sandra in CHSS nr. 2/2001, S 59.

Das BAG führt bei jeder Version eine Kontrolle der durch die Tarifpartner geschätzten finanziellen Wirkungen durch. Ein Follow-up ex-post fehlt aber. In vier von sechs Fällen waren Mehr-, in zwei Fällen Minderausgaben der Revision berechnet worden (s. Tabelle). So hatte z.B. Tarmed Suisse berechnet, dass mit Version 1.07 eine Reduktion von ca. 30 Mio. Taxpunkten zu erwarten ist. Dieser Kosteneffekt beruht gemäss BAG im Wesentlichen darauf, dass die Position 00.0065 (Besuchsinkonvenienz-Pauschale) nicht weitergeführt werden sollte. Die Partner hatten sich aber nach der Genehmigung durch den Bundesrat wieder darauf verständigt, die Position dennoch weiterzuführen, ohne dies dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten. Das BAG hat nachträglich die Tarifpartner gebeten, den Bundesrat darüber umfassend aufzuklären und gegebenenfalls einen entsprechenden Antrag einzureichen. Eine Reaktion der Tarifpartner steht (per Ende August 2010) noch aus.

Fazit der EFK

Die gesetzlichen Grundlagen für die materielle Überprüfung der Tarifstruktur durch das federführende Bundesamt sind sehr generell, die Überprüfung ist formell und auf (i.d.R. bescheidene) Änderungen der Tarifstruktur bezogen. Wichtig ist für das federführende Bundesamt die Überprüfung der Änderungen auf ihre finanzielle Tragbarkeit (Prämienzunahme).

6.5.2 Aufgaben und Ressourcen des BAG

Der Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung (KUV) des BAG beaufsichtigt den Vollzug des Kranken- (KVG) und Unfallversicherungsgesetzes (UVG) durch die Kranken- bzw. Unfallversicherer und seit 1. Juli 2005 auch den Vollzug des Militärversicherungsgesetzes (MVG) durch die SUVA. Der Direktionsbereich KUV besteht aus den zwei Abteilungen: 1) Leistungen (Bereich Krankenversicherung) und 2) Versicherungsaufsicht (Bereiche Kranken-, Militär- und Unfallversicherung sowie Unfallverhütung).¹³⁸

Die Abteilung Leistungen besteht aus vier Sektionen:

- Tarife und Leistungserbringer
- Medizinische Leistungen
- Medikamente
- Qualität und Prozesse

Relevant für Tarmed ist die erstgenannte, für den Labortarif die zweitgenannte Sektion.

Die Sektion Tarife und Leistungserbringer hat 8 Mitarbeitende, entsprechend 7 Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Befristet bis Ende 2013 hat die Sektion zwei zusätzliche Stellen erhalten (Umsetzung neue Spitalfinanzierung). Der Personalaufwand für die materielle Überprüfung im Zusammenhang mit der Genehmigung des Tarmed beläuft sich auf ca. 1 Vollzeitstelle pro Jahr.

Die Sektion ist federführend für die Vorbereitung der Genehmigung der gesamtschweizerischen Tarife durch den Bundesrat, d.h. ihr obliegt

- Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit von KVG-Tarifverträgen (5-10 pro Jahr)
- Erarbeiten von Grundsätzen und Instrumentarien für die Umsetzung von Tarifverträgen

¹³⁸ Quelle: BAG

- Erarbeitung von Stellungnahmen bei Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht betreffend kantonale Tarif- und Planungsentscheide
- Zuständig für Fragen betreffend Zulassungsvoraussetzungen für Leistungserbringer
- Vorbereitung von Anerkennung von Heilbädern durch das EDI
- Rechtsetzung und Parlamentsgeschäfte betreffend Tarife, Spitalfinanzierung.

Für externe Expertisen hat die Sektion 1999 ca. 920'000 Franken aufgewendet. Seither wurden nur ca. 80'000 Franken aufgewendet.

Die Sektion Medizinische Leistungen zählt 13 Mitarbeitende (entsprechend 10.7 VZÄ). Ca. 4 VZÄ wurden 2009 für die Revision des Labortarifs eingesetzt. Dazu kamen ca. 1 Mio. Franken für externe Expertisen. Die Begleitung der Umsetzung des revidierten ambulanten Labortarifs wird bis Ende 2011 nochmals einen sehr hohen Aufwand an internen und externen Ressourcen benötigen.

Die Sektion hat folgende Hauptaufgaben:

Aufbereitung der Entscheidungsgrundlagen zur Bestimmung der kassenpflichtigen Leistungen in Zusammenarbeit mit den Kommissionen ELGK (Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen) und EAMGK (Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände), mitunter:

- Prüfung und Review von Anträgen zur Anpassung der KLV inkl. Anhang 1-3; Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bei ordentlichen und ausserordentlichen Überprüfungen (durchschnittlich ca. 15 Anträge für allgemeine Leistungen, ca. 15 Anträge für Mittel und Gegenstände sowie etwa 12 Anträge für Laboranalysen pro Jahr)
- Wissenschaftliche Aufarbeitung von ethischen und sozialpolitischen Grundsatzfragen im Prozess der Leistungsdefinition (z.B. implizite Rationierung)
- Umstrittenheitsabklärungen bei der nicht abschliessenden Liste der medizinischen Leistungen (10 - 30 pro Jahr)
- Monitoring der Evaluationsprozesse bei medizinischen Leistungen mit Evaluationsauflagen
- Rechtsetzung, Parlamentsgeschäfte sowie Interpretationshilfe für Versicherer und Leistungserbringer zur KLV inkl. Anhang 1-3 (ca. 800 Anfragen pro Jahr)
- Leitung von nationalen bzw. Zusammenarbeit mit europäischen und internationalen HTA-Netzwerken¹³⁹.

Die **Sektion Statistik + Mathematik** hat 8 Mitarbeitende, entsprechend 6.6 VZÄ. Sie ist zuständig für die retrospektive Analyse der Krankenversicherungsdaten, mitunter der Erarbeitung von Datengrundlagen und Statistiken der OKP (Datenpool) samt Durchführung von Analysen, Auswertungen und Berechnungen im Bereich der Kosten der Krankenversicherer.

Das BAG hat im Art. 28 KVV eine umfassende Vollmacht, bei den Versicherern Daten für seine Aufsicht einzuholen, u.a. auch um die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu kontrollieren (Abs. 1). Gemäss Abs. 3 müssen die Versicherer dem BAG jährlich pro versicherte Person u.a. „Tarifpositionen und Kosten der im Laufe eines ganzen Jahres erhaltenen Rechnungen für

¹³⁹ HTA = Health Technology Assessment

Leistungen“ weitergeben. Gemäss Art. 5 sind die Versicherer verpflichtet, die Daten „korrekt, vollständig und fristgerecht und auf eigene Kosten unter der Wahrung der Anonymität zu liefern.“

Fazit der EFK

Das BAG hat für die Ausarbeitung der „Amtstarife“ hauptsächlich die Sektion Medizinische Leistungen beauftragt, für die Arbeiten im Rahmen der Genehmigung des Tarmed die Sektion Tarife und Leistungserbringer. Die Sektion Medizinische Leistungen beschäftigt auch medizinische Fachspezialisten und ihre Hauptaufgabe ist nicht die Federführung bei der Genehmigung von Amtstarifen, sondern die Mitbestimmung der kassenpflichtigen Leistungen.

Die Sektion Tarife und Leistungserbringer hat die Federführung bei der Tarmed-Genehmigung. Obwohl ihre Vorgehensweisen verbessert wurden, ist das Konzept für die materielle ex-ante Prüfung von Tarmed mangelhaft. Analysen auf Einzelleistungsniveau sind nicht vorgesehen und mit dem knappen Zeitfenster für die Genehmigung der Tarifverträge durch den Bundesrat auch kaum möglich. Ein Konzept für die Prüfung von Tarmed ex-post fehlt ganz. Wichtige Aspekte der Berechnungsgrundlagen des Tarmed sind für das federführende Bundesamt immer noch eine black-box. Quervergleiche als Methode für die Identifizierung einer effizienten Leistungserbringung (Benchmark) werden vom BAG weder in Auftrag gegeben noch selbst vorgenommen.

6.5.3 Vergleich Tarmed - Labortarif

Die EFK hat den folgenden Vergleich des „Verhandlungstarifs“ (Tarmed) bzw. des „Amtstarifs“ (Labortarif) vorgenommen (nur Prozessvergleich).

Tabelle 24: Merkmale des Tarmed verglichen mit dem Labortarif

Kriterium	Tarmed	Labortarif
Tariftyp	Verhandlungsprimat	Amtstarif
Jährlicher Umsatz	7 Mrd. Franken, davon 6 Mrd. in der OKP	1 Mrd. Franken
Anzahl Tarifpositionen	ca. 4'300	1'600
Entscheidungsvollmacht	Schweizweiter Einzelleistungstarif: Der Bundesrat hat betreffend der ersten Version auf die Tarifpartner Druck gemacht und er hat seit 2004 jede neue Jahresversion der Tarifstruktur Tarmed zu genehmigen. Das Bundesverwaltungsgericht ist Beschwerdeinstanz betreffend Entscheide der Kantonsregierungen (Taxpunktwert).	Keine Rekursmöglichkeit für die Tarifpartner, da der Tarif durch das EDI verordnet wird. Dies verhindert nicht, dass die Tarifpartner, besonders die Ärzteschaft, Druck auf den Bundesrat und das federführende Bundesamt ausüben (Lobbying).
Tarifpflege	Tarmed Suisse, mit dessen paritätisch zusammengesetzten Kommissionen, muss einstimmige Lösungen finden.	Eigene Kommission und BAG bereiten die Verordnung des EDI vor.
Administrative Ressourcen für die Tarifpflege	Jahresbudget von Tarmed Suisse: 500'000 Franken. Die wesentlichen Ressourcen für die Tarifpflege - Personal und Datenbanken - sind bei den Tarifpartnern.	Die neulich durchgeführte Totalrevision verlangte 4 VZÄ sowie 1 Mio. Franken für externe Mandate im BAG. Unabhängige Expertisen wurden durchgeführt.

	Personal- und andere Ressourcen im BAG sind sehr beschränkt.	
Liste der Leistungen	Keine Positivliste der Leistungen. Komplexität ärztlicher Leistungen hoch. Leistungspakete umfassen meist mehrere Positionen und werden auf verschiedene Arten zusammengesetzt, abhängig von der Indikation und den ökonomischen Anreizen.	Der Tarif ist zugleich Positivliste der durch die OKP vergüteten Analysen. Weniger hohe Komplexität, da die Leistungen technisch definierbar sind.
Datenhoheit	Kostenmonitoring durch Tarifpartner (LeiKoV) als Entscheidungsgrundlage für Anpassungen der kantonalen Taxpunkt-werte. Kein Kostenmonitoring für Spitalambulatorien. BAG erkaufte sich Zugang zu Datenpool und seit neuestem auch zu Tarifpool.	System für Kostenmonitoring auf Mandat des BAG und mit Teilnahme der Tarifpartner im Aufbau begriffen.
Revision	Das Revisionsprojekt Tarmed 2010 ist seit Jahren blockiert, da die Tarifpartner kein einvernehmliches Vorgehen für die notwendige Totalrevision finden (Eckwerte aus den 90-er Jahren). Einstimmigkeit besteht aber betreffend dem Bedürfnis nach Revision.	Gemäss Preisüberwachung wurde der Taxpunktwert im 2006 auf 0.90 Franken reduziert, und es wurde eine lineare Kürzung von 10% durchgeführt. Nach 15 Jahren Existenz wurde vom EDI im 2009 eine Revision angeordnet. Die FMH wirft dem BAG fehlende Transparenz über die Festsetzung des revidierten Tarifs vor.

Quelle: EFK (2010) : Mise à jour de Tarmed – Examen des processus et du rôle de la Confédération.

Die Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates (GPK-N) hat in ihrem Bericht vom 5. Juni 2009 zum Prozess der Revision des Labortarifs sieben Empfehlungen abgegeben, der Bundesrat hat dazu am 5. Juni 2009 Stellung genommen.¹⁴⁰

6.6 Fazit: Die Tarifpflege ist nicht zuverlässig

Gesetzliche Pflicht zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit sehr abstrakt

Das KVG gibt dem Bundesrat die Pflicht, schweizweite Tarife zu genehmigen und diese dabei auf ihre Wirtschaftlichkeit und Billigkeit zu überprüfen. Die materielle Überprüfung durch das BAG ist sehr formell und zu sehr auf Änderungen seit der vorigen Version begrenzt. Anlässlich der Genehmigung der ersten Version, und bei den Notmassnahmen zur Radiologie und bei der Durchsetzung der Kostenneutralität hatte der Bundesrat hingegen eine wichtige Rolle zu spielen.

Gemäss KVV haben die Vertragsparteien die Pflicht, die Tarife regelmässig zu überprüfen und anzupassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze im Art. 59c KVV nicht mehr gewährleistet ist. Sie haben die Genehmigungsbehörde über die Resultate ihrer Überprüfungen zu informieren. Die Tarifpartner haben im Rahmen des Revisionsprojektes Tarmed 2010 keine systematische

¹⁴⁰ <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2009/7787.pdf>

Überprüfung der Tarifierungsprobleme vorgenommen, das Projekt selber ist seit Jahren blockiert. Der Bundesrat kann nicht eingreifen, da die Tarifverträge nicht gekündigt sind.

Die Aktualisierung des Tarmed ist nicht zuverlässig

Das federführende Bundesamt kommt aufgrund der Tarifautonomie erst ins Spiel, wenn die Tarifpartner ihrerseits Lösungen gefunden haben. Gemäss Informationen der FMH sind ungefähr 40 medizinische Leistungen im Tarmed nicht tarifiert. Gewisse Leistungen werden daher mittels Analogieposition mit falschen Parametern verrechnet. Veraltete Positionen werden nicht zeitgerecht gelöscht oder aktualisiert. Die Tatsache, dass die Tarifpartner eine Totalrevision bereits fünf Jahre nach der Einführung von Tarmed als notwendig erachten verdeutlicht ebenfalls, dass der Prozess der laufenden Aktualisierung von Tarmed nicht angemessen gelingt.

Die Aktualisierung des Tarmed ist nicht termingerecht – Tarmed 2010 ist auf unbestimmte Zeit verschoben

Der paritätische Prozess der Tarifverhandlungen ist schwerfällig. Zwischen Santésuisse (Verhandlungspartei und Kontrolle der Ärzteschaft) und der FMH herrscht Misstrauen. Die FMH auf der einen Seite verteidigt eine Ausweitung der Leistungen, eine bessere medizinische Technologie und auch eine bessere Vergütung der Leistungen. Santésuisse auf der anderen Seite gibt der Ausgabenkontrolle den Vorrang. Ein Konsens ist schwierig und das System der Einstimmigkeit verzögert oder blockiert gar den gesamten Prozess der Tarifverhandlungen. Alle Tarifpartner besitzen bei Verhandlungen de facto ein Vetorecht. Notwendige (laufende) Revisionen werden mit Verweis auf Tarmed 2010 verschoben, Tarmed 2010 ist auf unbestimmte Zeit verschoben.

Die Grundlagen für materielle Prüfung durch das BAG sind verbessert, aber ...

Die gesetzlichen Grundlagen für das Einholen von kompletten Rechnungsdaten durch das BAG bei den Versicherern (und deren Verbänden) sind kürzlich mit Art. 28 KVV verbessert worden mit dem Ziel, die Aufsicht über die Krankenkassen zu verbessern. Das BFS hat mit Art. 22a KVG neuerdings ebenfalls eine verbesserte gesetzliche Grundlage, um Daten bei den Leistungserbringern einzufordern, mit dem Ziel, die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Eine Prüfung der Tarmed-Leistungen basierend auf Quervergleichen zwischen effizienten Leistungserbringern (Minutagen, Auslastungen, Produktivitäten) wäre mit diesen gesetzlichen Grundlagen möglich und wünschenswert, einerseits um die Wirtschaftlichkeit der vergüteten Leistungen zu verbessern und andererseits als Instrument für eine grössere Einflussnahme der Genehmigungsbehörde auf die Zukunft des Tarmed.

Das federführende Bundesamt BAG legt bei der materiellen (ex-ante) Überprüfung der Wirtschaftlichkeit das Gewicht auf die wirtschaftliche Tragbarkeit des Tarifs (erwartete Wirkungen auf die Prämien). Die Wirtschaftlichkeit der Einzelleistungen oder Leistungspakete des Tarmed wird de facto nicht überprüft. Das BAG verfügt für die (ex-post) Überprüfung der Wirtschaftlichkeit weder über ein Konzept noch über Ressourcen.

7 Schlussfolgerungen – Antworten auf die Fragen der Evaluation

Hauptfrage 1: In welchem Ausmass wurden die Ziele des Tarmed erreicht?

Das Ziel der Aufwertung der intellektuellen Leistungen wurde nicht oder nur teilweise erreicht, dies zeigen die Analysen der EFK. Mit Tarmed wurden die Konsultationen länger und das Patientengespräch aufgewertet. Einer Besserstellung der Psychiatrie steht eine nur in sehr geringem Mass erfolgte Besserstellung der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin entgegen. Die Analyse zeigt, dass Einkommensunterschiede zwischen den Fachspezialitäten zwischen 2003 und 2006 zunehmen. Die Umsätze pro Sitzung sind in der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin stagnierend, in den anderen Fachspezialitäten der Fallbeispiele – Ophthalmologie und Gynäkologie – hingegen weiterhin steigend (2001-2008).

Die Transparenz ist mit einem einzigen Tarmed (verglichen mit 26 verschiedenen Tarifen) und eine für alle Arztpraxen und Spitalambulatorien geltende Tarifstruktur klar verbessert. Für jede der ca. 4'300 Tarifpositionen ist die Beschreibung und Bewertung in Taxpunktwerten (=Tarifstruktur) auf der Homepage von Tarmed Suisse öffentlich zugänglich. Die Grundlagen für die Modelle und Eckwerte Grat und Infra waren jedoch im entscheidenden Moment der Tarifgenehmigung für die Genehmigungsbehörde nur sehr unvollständig transparent gemacht worden. Die verbesserten Möglichkeiten statistische Vergleiche zwischen Kantonen und Leistungserbringern (nach Leistungspaket) mit dem Ziel die Wirtschaftlichkeit zu verbessern, werden vorläufig kaum ausgenutzt. Die Fallstudien von Infras im Rahmen dieser Evaluation und eine Pilotstudie des BAG zeigen, dass dies möglich wäre. Das KVG schreibt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit von Tarmed-Verträgen vor und die Genehmigungsbehörde musste darauf bestehen, dass das Ziel der Kostenneutralität als operationalisiertes Wirtschaftlichkeitsziel des Tarmed von den Tarifpartnern akzeptiert wurde.

Die Kostenneutralität war das einzige der drei genannten Ziele des Tarmed welches systematisch monitoriert wurde, dies aber nur in Arztpraxen und nicht in Spitalambulatorien. Die Kostenneutralität wurde kantonal und nach Leistungserbringerbereich (Spitalambulatorien versus Arztpraxen) umgesetzt. Die Stellschrauben der Kostenneutralität sind die unterschiedlichen Taxpunktwerte. Die Analysen der EFK bestätigen, dass die Kostenneutralität im statistischen Sinn erreicht wurde: nach Einführung des Tarmed zeigt sich gesamthaft ein vergleichbarer Ausgabentrend wie vorher. Mit der Kostenneutralität wurden jedoch kantonal unterschiedliche Strukturen und historisch bedingte Kostenunterschiede aufrechterhalten. Die Untersuchung der Preis- und Mengenkomponten zeigt, dass die Preise unter Kontrolle der Taxpunkt-Senkungen tendenziell leicht zurückgegangen sind. Gleichzeitig haben sich die Mengen ausgeweitet, besonders stark im ambulanten Spitalbereich und bei der Gynäkologie und Ophthalmologie. Die unterschiedlichen Taxpunktwerte sollten ein unterschiedliches Mietzinsniveau und Lohnniveau widerspiegeln. Die Analyse zeigt aber, dass es keinen statistisch systematischen Einfluss dieser Kostenfaktoren auf den Taxpunkt gibt.

Die statistischen Quellen zu Tarmed sind uneinheitlich und unvollständig. Sie entsprechen primär den Bedürfnissen der Tarifpartner in den Tarifverhandlungen (Datenparität). Bei der Umsetzung von Tarmed ist keine wissenschaftliche Begleitung vorgesehen. Es gibt keine unabhängige Analysen und keine einheitliche Datenverwaltung. Ein Grund für das fehlende Kostenmonitoring in Spitalambulatorien war die mangelhafte Qualität der Daten, ein anderer, dass H+ als Vertrags-

partei nicht die Vollmacht hat, den Kantonen den Taxpunktwert vorzuschreiben. Eine valide Einkommensstatistik mit Angabe über Beschäftigungsgrad fehlt um die Entwicklung der Ärzteteinkommen quantitativ korrekt einschätzen zu können. Über die Bedeutung der Zusatzversicherungen (Belegärzte) und Franchisen/Zuzahlungen der Versicherten fehlen ebenfalls statistische Angaben.

Hauptfrage 2: Entsprechen die Tarmed Vergütungen der Kostenrealität (Arztpraxis und Spital)?

Kostenrealität bedeutet, dass die Tarmed-Vergütungen (Preise) den Kosten einer effizient betriebenen Praxis entsprechen. Ob die Tarmed-Vergütungen die Kosten der Leistungserbringer im Allgemeinen decken, hängt von der Anzahl Taxpunkte AL und TL und dem Taxpunktwert ab. Die Taxpunkte sind das Produkt von Kostensatz und Minutagen einer Position.

Die Kostenmodelle Grat (Arztpraxen) und Infra (Spitalambulatorien) für die Berechnung der Minutenkostensätze sind differenziert und strukturiert und die Tarifpartner haben grosse Anstrengungen unternommen, um die unterschiedlichen Aktivitäts- und Kostenkomponenten zu modellieren. Ein Grossteil der für die Berechnungen verwendeten Komponenten basiert auf empirischen Grundlagen. Dies trifft für alle drei Elemente der Berechnungsgrundlagen zu – AL, TL Spital und TL Praxis. Einzelne Komponenten basieren jedoch auf dünner empirischer Basis – dies gilt vor allem die Minutagen, die Produktivitätswerte AL und der SUK-Satz TL (Infra).

Die fünf Parameter für die Berechnung der AL-Kostensätze wurden verhandelt und teils mittels Erhebungen (Referenzeinkommen) und Erfahrungswerten (Jahresarbeitszeit) plausibilisiert. Am schwierigsten nachvollziehbar ist die Dignitätsskala als Ausdruck unterschiedlicher Lebens-einkommen und die tiefen Produktivitäten in gewissen Sparten. Der Begriff der Produktivität ist im Tarmed sehr eng definiert: er bezeichnet den Anteil der Leistungszeit welcher fakturiert werden kann. Speziell aufgefallen ist, dass die Produktivität der Sparte OP1 von 72% auf 45% gesenkt wurde, ohne dass diese wichtige Erhöhung des Tarifs plausibel mit Zahlen untermauert wurde. Die Senkung des Produktivitätsfaktors AL in gewissen Sparten kam an einem Zeitpunkt der Verhandlungen, als die operativ tätige Ärzteschaft damit drohte, aus dem Tarmed auszusteigen. Die Produktivitätswerte welche der AL zugrunde liegen, samt die Minutagen haben grosse Auswirkungen auf die Preise, auf die Umsätze und damit auch die Einkommen der Ärzteschaft. Es ist darum sehr wichtig, dass diese realitätsnah und aufgrund einer effizienten Praxis festgelegt werden. Dies gilt auch für die Auslastung einer Sparte, wie am Fallbeispiel EKG gezeigt.

Zur Berechnung der Minutenkostensätze der TL wurden zwei Modelle entwickelt (Grat und Infra) und in Teilen der Ärzteschaft und gewissen Spitälern Erhebungen vorgenommen um die Kostenkomponenten (Eckwerte) empirisch zu eruieren. Die meisten Eckwerte stammen jedoch aus den 90-er Jahren, inzwischen machen Neuerungen der Technologie (Kapselendoskopie) und organisatorische Änderungen Neuberechnungen der Kostensätze und der Minutagen notwendig und möglich (Rekole und SwissDRG). Für das BAG sind die Berechnungen der Minutenkostensätze TL immer noch eine black-box.

Wie die Fallbeispiele zeigen, fanden einerseits in einzelnen Bereichen wie den Kataraktoperationen weitreichende technologische Entwicklungen statt, welche eine Tarifreduktion begründen könnten. Diese Entwicklungen sind jedoch nicht im Tarmed abgebildet. Die Preisüberwachung hat mehrmals versucht, zu einer Senkung der Minutagen der Kataraktoperationen beizutragen, aber

vergebens. Andererseits gibt es verschiedene Fallbeispiele, bei denen die technologische Weiterentwicklung der Geräte dazu geführt hat, dass mehr Diagnosemöglichkeiten zur Verfügung stehen, zum Beispiel beim EKG oder Ultraschall, und die Abklärungen durch den Arzt entsprechend mehr Zeit in Anspruch nehmen. Bei diesen Tarifen sollten insbesondere die Minutagen, allenfalls auch die Berechnung der Kostensätze überprüft werden.

Bei den Minutagen fehlt einiges für die Verbesserung der Glaubwürdigkeit der Kostenrealität (Kriterien, Erhebungsmethoden, Dokumentation). Inwiefern die Modelle und Eckwerte den Kosten einer effizient betriebenen Praxis entsprechen bleibt aufzuzeigen. Bei einem Einzelleistungstarif mit ca. 4'300 Positionen und zwei Tarifmodellen mit hunderten Eckwerten ist dies eine anspruchsvolle Aufgabe, sie wäre jedoch technisch zu bewältigen, wenn sich die Tarifpartner für ein Konzept und eine Vorgehensweise (Tarmed 2010) einigen könnten.

Tarmed wurde gemäss Tarifpartnern betriebswirtschaftlich mit 1.- Franken als Taxpunktwert kalkuliert. Die Umsetzung der Kostenneutralität führte aber zu einer Senkung der Starttaxpunktwerte, damit wurde die betriebswirtschaftliche Korrektheit des Tarmed gemäss Tarifpartnern relativiert. Die Analysen zeigen, dass die Kostenneutralität im statistischen Sinn erreicht wurde, d.h. die Ausgaben steigen gleich stark wie vor der Einführung von Tarmed.

Die Analysen zeigen eine teils starke Mengenzunahme in Spitalambulatorien, in der Ophthalmologie und Gynäkologie auf. Eine Auswirkung von Tarmed ist dies insofern, als mit einem Einzelleistungstarif die Preise über den Taxpunktwert einfacher kontrolliert werden können, während die Mengen von den Akteuren einfacher ausgeweitet werden können. Damit können Umsatzeinbussen und Einkommenseinbussen wegen fallender Preise (teilweise) kompensiert werden.

Gemäss Art. 43 Abs. 5 KVG müssen Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Struktur beruhen. Diese Tarifstruktur findet Anwendung auf sämtliche Ärztinnen und Ärzte, welche zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen sind und die zu deren Lasten Einzelleistungen verrechnen. Vertraglich vereinbarte Abweichungen von diesem Grundsatz sind nur dann möglich, wenn es sich bei der vereinbarten Tarifierung um Pauschalen handelt. Reine Pauschalen sind die Notfall-Inkonvenienz-Pauschalen. Bei den Kataraktoperationen werden vermehrt Pauschalen von Seiten der Versicherer gefördert. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass eine Kataraktoperation aufgrund der technologischen Weiterentwicklung heute weniger lang dauert. Bei der Vergütung der Hörexpertise handelt es sich ebenfalls faktisch um eine Pauschale, da gemäss Richtlinien nur bestimmte Positionen abgerechnet werden dürfen. Viele Leistungserbringer, insbesondere Spitäler, rechnen ihre Leistungen teilweise ebenfalls im Sinne einer Pauschale ab. Aufgrund der vorgegebenen Prozesse werden Behandlungen vielfach mit einem vordefinierten Set an Positionen elektronisch abgerechnet, unabhängig von den effektiv verwendeten Positionen.

Im Auftrag der EFK hat Infrac die Kostenrealität der Vergütungen bei den Fallbeispielen untersucht.¹⁴¹ Über alles gesehen werden die Vergütungen für die Fallbeispiele 1-4 als eher tief bewertet, diejenige für Fallbeispiel 8 als eher tief bis angemessen. Die Vergütung von Fallbeispiel 10 wird als angemessen beurteilt, diejenige für die Fallbeispiele 5, 7, 11 als eher hoch. Für die Fallbeispiele 6 und 9 ist eine abschliessende Beurteilung nicht möglich.“

¹⁴¹ Infrac (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele Hauptbericht

Gemäss Aussagen und einzelnen Datenquellen subventionieren die Kantone die Spitalambulatorien, und Tarmed ist nicht kostendeckend. Santéuisse bezweifelt aber, dass diese Berechnungen auf einer effizienten Leistungserbringung aufbauen, wie dies das KVV ausdrücklich fordert.

Hauptfrage 3: Falls zu tief oder zu hoch bewertet, welches sind mögliche Wirkungen?

Werden Tarmed die Einzelleistungen im Allgemeinen zu tief bewertet, wird die OKP untergraben und das „Zwei-Klassen-Gesundheitswesen“ gestärkt; wenn zu hoch bewertet, sind die Ausgaben der OKP zu hoch und es liegt ein Sparpotenzial vor.

Werden einzelne Leistungen zu tief bzw. zu hoch bewertet, kommt es zu Fehlanreizen und es kann zu Verhaltensänderungen kommen, so dass z.B. bestimmte Positionen vermehrt eingesetzt werden (Mengen Zunahme) oder weniger lohnende Positionen werden durch teurere Positionen substituiert. Diese Verhaltensänderungen wirken sich dann wiederum auf die Sozialversicherungen aus. So steigen die Vergütungen der Sozialversicherungen, wenn z.B. Positionen im Rahmen eines Leistungspakets vermehrt abgerechnet werden, obwohl sie evtl. medizinisch nicht unbedingt notwendig wären.

Das Ärztteeinkommen wird durch die Fehlbewertungen ebenfalls beeinflusst. Je nachdem ob die Vergütung nach der Tarmed-Einführung eher zu hoch oder eher zu tief ist, steigt bzw. sinkt das Einkommen. Die Analysen der EFK zeigen, dass sich Umsätze und Einkommen der Ärzte unter Tarmed in ähnlichem Rahmen weiter entwickeln wie vor Tarmed. In einzelnen Bereichen sind falsche Anreize zur Mengenzunahme zu vermuten: Ausweitung des Anteils der grossen und grösseren Tarmed-Positionen, markanter Anstieg des Anteils der Kataraktoperationen. Der Handlungsspielraum für operativ tätige Ärzte ihr Einkommen mittels Verbesserung der Effizienz zu verbessern ist grösser als der Handlungsspielraum der Grundversorger.

Die Umsätze der Spitäler stiegen deutlich stärker an als jene der Arztpraxen. Eine Unterteilung in Preis- und Mengeneffekt des Kapitels 00 (Grundleistungen) zeigt, dass die gesamte Mengenzunahme 2006/2007 in Spitälern mit fast 19% markant stärker ausfällt als bei den Arztpraxen mit rund 5%. Aufgrund der Entwicklungen findet eine Verschiebung statt: der Anteil der Spitäler an den ambulanten ärztlichen Leistungen stieg von rund 36% 2003 auf gut 39% 2007 an. Dies entspricht aber einem langfristigen Trend und dürfte nur beschränkt auf Fehlbewertungen des Tarmed zurückzuführen sein. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die Taxpunktswerte in Spitälern im Allgemeinen höher sind als in Arztpraxen.

Eine Verschiebung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung innerhalb der Spitäler ist zu beobachten. Während die Kosten der ambulanten Versorgung 2003 noch bei rund 12.2% der Kosten der stationären Versorgung lagen, war dieser Anteil im 2007 auf 14.4% gestiegen. Wiederum handelt es sich um einen langfristigen Trend. Die Analyse der statistischen Quellen gibt keine Hinweise, dass diese Verschiebung durch Fehlbewertungen des Tarmed verursacht ist. Für die Kantone sind die finanziellen Anreize im Spitalambulatorium (monistisch finanziert) anders gesetzt als im stationären Bereich.

Andere mögliche Auswirkungen zu hoher/tiefer Tarifierung: Zusatzversicherungen scheinen allenfalls bei der Kataraktoperation und der Abortbehandlung eine Rolle zu spielen. Grundsätzlich bestünde hier ein Anreiz für stationäre Behandlungen, da der Preis einer stationären Kataraktoperation das Mehrfache einer ambulant durchgeführten Operation ausmachen kann. Der Anreiz

des Tarmed ist jedoch als unterordnet einzustufen, da die Patienten – wie in den Fallbeispielen gezeigt wurde - vermehrt ambulant behandelt werden wollen. Bei den Laborleistungen ist aus den untersuchten Fallbeispielen keine einheitliche Tendenz feststellbar. Über eine Veränderung der Selbstdispensation infolge der Tarmed-Einführung können mangels valider Daten keine Aussagen gemacht werden.

Hauptfrage 4: In welchem Ausmass ist die Tarifpflege für Tarmed zuverlässig und zeitgerecht?

Die Vertragspartner haben gemäss KVG dafür zu sorgen, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Gemäss KVV haben sie (seit 2007) die Pflicht den Tarmed regelmässig zu überprüfen und anzupassen, wenn der Tarif nicht mehr der Kostenrealität entspricht. Sie haben die Genehmigungsbehörde über die Resultate ihrer Überprüfungen zu informieren.

Die vier Tarifpartner haben Tarmed auf eigene Kosten entwickelt („7 Mio. Projekt“), haben eine frühe Version des Tarmed für mehrere Millionen an die Deutsche Kassenärztliche Bundesvereinigung verkauft. Sie sind Eigner der Tarmed Suisse Geschäftsstelle, berappen Datenbanken, Erhebungen und die Teilnahme in den Tarmed Suisse Gremien aus eigenen Mitteln. Die GDK ist Beobachter in Tarmed Suisse.

Ein Vorschlag der Professionalisierung der Geschäftsstelle wurde im 2009 von den Tarifpartnern abgewiesen, die Entscheidungsmacht und die Ressourcen liegen weiterhin dezentral bei den vier Tarifpartnern. Die Geschäftsstelle von Tarmed Suisse besteht aus einem Geschäftsleiter mit Sekretariatshilfe. Die Geschäftsleitung hat in den letzten Jahren mehrmals gewechselt, was die Geschäftsstelle weiterhin als schwach erscheinen lässt. Das Klima zwischen den Tarifpartnern ist sehr schlecht und die notwendige Kompromissfindung für die Tarifpflege schleppend. Entscheidungen in den Tarmed Suisse Gremien (PTK, PIK, PaKoDig) und im Leitungsgremium können nur bei Einstimmigkeit der vier Tarifpartner getroffen werden. Dies macht die Arbeiten aufwändig und die Entscheidungen langsam (Vetorecht). Ein Vorschlag (analog mit SwissDRG) Entscheidungen bei Tarmed Suisse mittels qualifizierter Mehrzahl zu treffen ist ebenfalls verworfen worden.

Es ist nicht eruierbar, wie viel Ressourcen die Tarifpartner in die Tarifpflege investieren, da diese Aktivitäten bei zahlreichen Akteuren anfallen und sich mit anderen notwendigen tarifarischen Aktivitäten überschneiden. So haben z.B. die FMH (NewIndex) und Santésuisse (Sassis AG) ihre Datenbanken an eigene Gesellschaften ausgelagert. Zu den Kosten für die Nutzung des Tarmed kommen auch Informatikkosten bei den Leistungserbringern, Kosten für die (elektronische und papierbasierte) Rechnungslegung.

Die Tarifpflege besteht einerseits aus laufender Tarifpflege (Berichtigungen und Neuberechnungen von Einzelpositionen usw.) und tieferegreifenden Revisionen von ganzen Kapiteln (RE III = Revision des Radiologiekapitels) oder Neuberechnung von Tarifierungsmodellen (Tarmed 2010). Die laufende Tarifpflege stagniert, nachdem in den ersten Jahren von der paritätischen Tarifkommission noch zwischen 100-200 Tarifänderungen behandelt wurden, sind es im 2007 und 2008 noch zwischen 60 und 70. Das Revisionsprojekt Tarmed 2010 ist blockiert, die FMH und Santésuisse haben sich nicht auf ein gemeinsames Vorgehen einigen können: umstritten ist das Kostenmonitoring, d.h. wie ein möglicher Anstieg der Kosten bei einer Neuberechnung des Tarmed

zu bewältigen ist. Tarmed 2010 sollte nach Plan im 2011 umgesetzt werden, die Gefahr besteht, dass eine Revision des Tarmed in den nächsten Jahren, trotz Einstimmigkeit zwischen den Tarifpartnern dass es eine solche Revision braucht, nicht zustande kommt.

Hauptfrage 5: Sollte der Bund im Prozess der Tarifpflege aktiver oder zurückhaltender sein?

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass Einzelleistungstarife (wie Tarmed) auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen. Schweizweite Tarifverträge bedürfen der Genehmigung durch den Bundesrat. Bei Tarmed gilt, im Gegensatz zum Labortarif die Tarifautonomie. Zuerst verhandeln die Tarifpartner dann genehmigt der Bundesrat die Tarifstruktur als Teil des Tarifvertrags, nach einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit.

Der Bundesrat hatte in den Jahren vor 2003 mehrmals Druck auf die Vertragspartner machen müssen, einen Amtstarif zu erlassen, wenn die Vertragspartner sich nicht einigen könnten. Ohne diesen politischen Druck wäre Tarmed wahrscheinlich nicht zustande gekommen, er konnte erst mit mehreren Jahren Verspätung im 2004 gesamtschweizerisch (und für alle Sozialversicherungen) in Kraft treten.

Bei der Genehmigung der ersten Versionen des Tarmed war das Bundesamt für Sozialversicherungen federführend, seit 2004 ist es das Bundesamt für Gesundheit. Beide Bundesämter sind Teil des Departements des Innern. Das federführende Bundesamt analysierte bei der ersten Version die Tarifstruktur und liess mehrere Analysen der betriebswirtschaftlichen Bemessung und der erwarteten Mehrkosten durchführen. Dem federführenden Bundesamt war durch die Tarifpartner keine vollständige, schriftliche Dokumentation der Berechnungsmodelle geliefert worden.

Seit der Genehmigung der ersten Version des Tarmed konzentriert sich das federführende BAG auf die Analyse der vorgenommenen Änderungen. Die Vertragsparteien der Leistungserbringer (H+ und FMH) bestreiten, dass die Genehmigungsbehörde revidierte Versionen des Tarmed als Tarifstruktur genehmigen muss. Das BAG legt Gewicht darauf, dass die Tarifstruktur Teil der zu genehmigenden Tarifverträge ist. Die Tarifpartner haben im 2010, ohne Genehmigung durch den Bundesrat, die Besuchsinkonvenienzpauschale verlängert. Die materielle Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des Tarmed ist formell (auf Änderungen der Struktur ausgerichtet) und generell (auf den Tarif als ganzes ausgerichtet). Das federführende BAG vertritt die Meinung, dass es eine offizielle Version braucht, dass die Genehmigung einen präventiven Charakter hat, und dass es dem BAG trotz allem erlaubt, ein gewisses know-how über den Tarif zu haben. Die Personalressourcen, welche das BAG der Genehmigung des Tarmed widmet, sind sehr begrenzt.

Die Preisüberwachung beschäftigt sich seit Jahren mit Tarmed, hatte im 1999 zum Teil sehr detaillierte Empfehlungen zur Berechnung der Taxpunkte an die Tarifpartner abgegeben. Bei der Einführung des TARMED richtete die Preisüberwachung ihr Augenmerk auf die Kostenneutralität. Nach der bis 2005 dauernden Einführungsphase konzentriert sich die Preisüberwachung auf Taxpunktwertanpassungen: die Preisüberwachung hat gegenüber den Kantonsregierungen als Genehmigungs- bzw. Festsetzungsbehörde ein Empfehlungsrecht. Als Grundlage für die Empfehlungen betreffend Taxpunktwert hat die Preisüberwachung ein eigenes Kostenmonitoring entwickelt.

Die Tarifpartner haben neulich den Bundesrat gebeten, den Tarif für die Kapselendoskopie festzulegen, nachdem sie kein Verhandlungsergebnis über die Tarifierung erreichen konnten. Der

Bundesrat kann die Tarifstruktur aber erst festsetzen, wenn kein Vertrag vorliegt (oder bei Kündigung des Vertrags), zur Tarifierung innerhalb eines existierenden Vertrags ist ihm kein gesetzliches Mandat gegeben (Ausnahme Pauschalen).

Gemäss Art. 43 Abs. 7 KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung erlassen. Ab 1.8.2007 traten die Bestimmungen des Art. 59c KVV in Kraft. Danach sollte der Bundesrat auch prüfen, ob der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten einer effizienten Leistungserbringung deckt. Eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit auf Leistungsniveau wurde bisher noch nie vorgenommen. Es gibt bisher im BAG auch kein Konzept, wie dies zu bewerkstelligen ist. In einigen Fällen werden neue und umstrittene Leistungen durch die zuständige Kommission und Sektion Leistungen im BAG Gegenstand von Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen, wie z.B. die Fallstudie im Rahmen dieser Evaluation über Ultraschalluntersuchungen zeigt. Die GPK hatte aber bei einer Evaluation bemängelt, dass die Arbeiten dieser Kommission primär auf Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Leistungen, aber zu wenig auf Wirtschaftlichkeit ausgerichtet sind. Die Kapselendoskopie ist eine Pflichtleistung gemäss KLV, über die Kosten (und die Tarifierung) hat sich die Kommission aber nicht ausgesprochen. Die Tarifpartner haben sich nicht auf eine Tarifierung einigen können, dem Bundesrat fehlt das gesetzliche Mandat einzugreifen solange der Tarifvertrag nicht gekündigt ist.

Mit Art. 28 KVV sind dem BAG die gesetzlichen Möglichkeiten gegeben, bei *Versicherern* komplette Rechnungsdaten (alle Tarifpositionen der Rechnungen usw.) einzuholen, um die „Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu *kontrollieren*“. Mit Art. 22a KVG ist dem BFS die Möglichkeit gegeben, bei *Leistungserbringern* Daten einzuholen „um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu *überwachen*“. Die genannten gesetzlichen Grundlagen wurden neulich geschaffen und verbessert. Das BFS und das BAG haben erste Gespräche geführt, wie die Daten der Versicherer (Datenpool, Tarifpool, Andere) und Daten der Leistungserbringer (Spitäler, evt. Arztpraxen) in Zukunft besser ausgewertet werden könnten, um die Ziele des KVG umzusetzen (Prüfung der Wirtschaftlichkeit) und die existierenden Daten und Ressourcen besser auszunutzen.

Die Empfehlungen der EFK sind darauf ausgerichtet, die Tarifautonomie zu wahren, aber die gesetzlichen Grundlagen zu verbessern, damit die Genehmigungsbehörde bei fehlender oder fehlerhafter Tarifierung eingreifen kann. Damit dies geschehen kann, muss das know-how der Bundesbehörden durch statistische Analysen und andere Massnahmen verbessert werden.

8 Empfehlungen

Verglichen mit der Heterogenität der alten kantonalen Tarife stellt Tarmed einen grossen Fortschritt dar. Zudem liefert dieser Tarif ein enormes Analysenpotenzial der vergüteten Leistungen, ein Potenzial, welches bis heute kaum genutzt wird. Unsere Evaluation zeigt auch beachtliche Probleme bei der Tarifpflege und der Kostenrealität der Vergütungen auf. Einige Leistungen sind auch nach Jahren nicht tarifiert und werden mittels Analogiepositionen verrechnet.

Das KVG sieht für den Bundesrat keine Möglichkeit vor, in die Verwaltung von Tarmed einzugreifen. Die Glaubwürdigkeit des Bundes bei den Tarifpartnern ist schwach, hauptsächlich wegen des fehlenden Know-Hows. Ein amtlich festgesetzter Arzttarif würde den Ressourcenbedarf in der Bundesverwaltung stark erhöhen. Die EFK erachtet es daher als wichtig, dass die Tarifpartner auch in Zukunft die Verantwortung für die Revisionen des Tarifs tragen.

Die EFK teilt die Ansicht der Tarifpartner und erachtet eine gründliche Revision für notwendig. Die gegenwärtigen Ziele des Revisionsprojektes Tarmed 2010 sind jedoch vage und umstritten und ihre Operationalisierung ist sehr schwierig, weil zwangsläufig Gewinner und Verlierer erzeugt werden. Mit der Gefahr zu implodieren, ist die FMH nicht fähig, einen Konflikt zwischen ihren Mitgliedern allein zu lösen. Hinzu kommt, dass eine Revision von Tarmed mit der Einführung von SwissDRG im 2012 koordiniert werden sollte. Das Verhandlungsklima zwischen den Tarifpartnern kann als kritisch eingestuft werden. Das Vetorecht in Tarmed Suisse festigt den Status quo und birgt die Gefahr, dass Tarmed obsolet wird. Bei der Interpretation von Daten wird die Datenqualität der Gegenpartei ständig bestritten („Datenparität“). Die Verbände der Konsumenten und Patienten sind beim Tarmed sehr wenig aktiv. Weiter birgt ein wichtiges Revisionsprojekt, welches sich über Jahre hinweg zieht die Gefahr, dass für die Funktionstüchtigkeit notwendige Updates nicht mehr durchgeführt werden.

Deshalb erachtet es die EFK für notwendig, die Rolle des Bundes zu stärken. Das gegenwärtige "ex ante" Genehmigungsverfahren, um revidierte Versionen zu genehmigen, ist relativ formal und zeitraubend. Der Bund wird im Falle von Einigkeit zwischen den Tarifpartnern tätig, aber nur selten bei Konflikten oder Problemen. Die Genehmigungsbehörde sollte eine „ex-post“ Wirtschaftlichkeitskontrolle aufbauen und Massnahmen treffen, wenn sie realisiert, dass Tarmed die verfügbaren Grundsätze nicht befolgt.

Die sechs Empfehlungen der EFK sind auf Tarmed ausgerichtet, nicht auf Tarife im Allgemeinen. Bei allfälligen Gesetzes- und Ordnungsänderungen sollte dies vom federführenden Bundesamt berücksichtigt werden.

Empfehlung 1 – Erlass von klaren Grundsätzen

Die EFK empfiehlt dem Bundesamt für Gesundheit, den Bundesrat zu veranlassen, seine gesetzliche Kompetenz in Art. 43 Abs. 7 KVG besser zu nutzen und Grundsätze für die Anpassung der Tarife aufzustellen.

Die vorliegende Evaluation zeigt auf, dass solche Grundsätze auf folgende konkrete Aspekte auszurichten sind:

- 1.1 Die bei der Berechnung der Minutagen für Leistungen von Spezialisten zu beachtenden Bedingungen:** Die Minutagen müssen aufgrund einer effizienten Praxis durch einen erfahrenen Arzt und auf der Basis internationaler Vergleiche festgesetzt werden.
- 1.2 Die bei der Berechnung von Produktivitätsfaktoren zu beachtenden Faktoren:** Diese basieren aktuell auf dem Ort der Leistungserbringung (Sparten) und müssen auf der tatsächlichen Produktivität eines erfahrenen Arztes und der Produktivität der übrigen Infrastruktur beruhen.
- 1.3 Für kostspielige Technologien muss die Auslastung für die Berechnung der Vergütung bestimmt werden.** Es gilt zu verhindern, dass verschwenderisch kostspielige medizinische Technologien angeschafft werden.
- 1.4 Für Tarmed Sparten sollte die Auslastung für die Berechnung der Vergütung bestimmt werden.** Es gilt, diejenigen Faktoren zu identifizieren, welche eine effiziente Praxis ausmachen sowie Gemeinschaftspraxen zu fördern, wenn sich diese als kostengünstiger erweisen. Es gilt Fehlanreize für falsche Investitionen zu verhindern.
- 1.5 Gegebenenfalls und im Rahmen der Verfassungsinitiative « Ja zur Hausarztmedizin » sollten die Mittel zur Stärkung der Grundversorgung durchdacht werden.** Der Bundesrat könnte Ziele zu Höhe der Einkommensunterschiede zwischen Ärztegruppen formulieren. Mögliche Massnahmen könnten sein, die Dignitätsskala oder die damalige Halbierung der Vergütung für die Position 00.0030 neu zu prüfen.

Wenn der Bundesrat politische Ziele auf dem Gebiet der ambulanten Medizin erreichen will, ist der Erlass von Grundsätzen für Tarmed ein besseres Mittel, als fragmentierten Einzelmassnahmen zu verordnen. Der Bund muss in der Lage sein sicherzustellen, dass die Grundsätze erfüllt werden, und falls nötig, einzelne Parameter im Tarmed selber festsetzen. Nach mehreren Jahren undifferenzierter Kostenneutralität, ist es effizienter, konkrete Bereiche zu identifizieren in denen eine Aufwertung notwendig ist, andererseits Bereiche zu identifizieren, in denen Einsparungen erzielt werden müssen. Im Bereich der ambulanten Versorgung fehlen konkrete Grundsätze, die eine betriebswirtschaftliche Bemessung und sachgerechte Struktur anleiten könnten.

Nach sieben Jahren Funktionszeit des Tarmed sollte ausreichend Erfahrungs- und Analysematerial zur Verfügung stehen um solche Grundsätze zu konkretisieren. Das Revisionsprojekt der Tarifpartner (Tarmed 2010) ist schon am Start verspätet und der Bundesrat sollte eine Frist für die kommende Tarifrevision verfügen.

Empfehlung 2 – Vorläufige Tarifierung durch den Bundesrat

Die EFK empfiehlt dem Bundesamt für Gesundheit, im Rahmen der nächsten KVG-Revision eine Änderung vorzuschlagen, damit der Bundesrat bei fehlender Einigung der Tarifpartner vorläufige Tarifierungslösungen durchsetzt. Diese Tarifierungslösungen sollen beschlossen werden, wenn die Tarifierung einer OKP-Leistung ausbleibt oder wenn es Anhaltspunkte gibt, dass die Struktur des Tarifs nicht mehr zweckmässig oder wirtschaftlich ist oder wenn die Tarifierung einer betriebswirtschaftlichen Bemessung der Leistungserbringung durch einen effizienten Leistungserbringer nicht entspricht. Solche Lösungen sollen so lange gültig bleiben, bis sich die Tarifpartner auf eine neue Tarifierung einigen können.

Derzeit erteilt das KVG dem Bund gewisse Zuständigkeiten aber keine Sanktionsmöglichkeiten, ausser der theoretischen Möglichkeit, den Tarif festzusetzen, sofern kein Tarifvertrag zustande kommt. Die Empfehlung der EFK setzt voraus, dass das BAG in der Lage ist, rasch nicht-tarifizierte Leistungen und Leistungen welche nicht mehr mit den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit übereinstimmen, zu identifizieren. Der vorliegende Bericht liefert dazu verschiedene Beispiele.

Die EFK schlägt sinngemäss vor, folgende Änderung des Art. 43 Abs. 5 KVG, zweiter Satz, vorzunehmen: „*Wenn sich die Tarifstruktur als nicht mehr sachgerecht erweist oder wenn Leistungen nicht oder ohne wirtschaftliche Bemessung tarifiert werden, muss der Bundesrat Anpassungen festsetzen, die bis zur nächsten Einigung der Parteien gültig bleiben.*“

Es ist wichtig, dass diese EFK-Empfehlung mit dem Vorschlag einer absehbaren Änderung des Art. 43 Abs. 5ter KVG (derzeit im Differenzbereinigungsverfahren im Parlament, gemäss Plan sollte noch in der Herbstsession 2010 darüber entschieden werden.) koordiniert wird:

„5ter In Abweichung von den Absätzen 4 und 5 kann der Bundesrat Anpassungen in der Tarifstruktur festsetzen, wenn sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können und sich die Struktur als nicht mehr sachgerecht erweist.“

Die Empfehlung 4 schlägt ein mögliches Vorgehen vor, um im Fall von fehlender Einigung der Tarifpartner eine vorläufige Tarifierung durch den Bundesrat zu ermöglichen.

Empfehlung 3 – Verbot von Analogieverrechnung

Die EFK empfiehlt dem Bundesamt für Gesundheit, im Rahmen der nächsten KVG-Revision eine Änderung vorzuschlagen, um die Nutzung von Analogieverrechnungen zu verbieten und bei Nichtbefolgung Sanktionen ergreifen zu können.

Es gibt Beispiele von ärztlichen Leistungen welche auch nach Jahren nicht tarifiert sind, manchmal sogar nachdem diese in den Leistungskatalog der OKP aufgenommen wurden. Diese Leistungen werden mittels Analogiepositionen verrechnet, je nach Interpretation des einzelnen Leistungserbringers. Ein wichtiges Problem besteht darin, dass Ärzte möglicherweise darauf verzichten, Anfragen bezüglich Leistungstarifierung an Tarmed-Suisse zu machen, in der Befürchtung, dass eine solche Anfrage abgewiesen wird.

Tarmed besteht aus ca. 4'300 Positionen und gemäss Tarmed Suisse ist Analogieverrechnung verboten. Es wurde jedoch schon im Entscheid des Bundesrates vom 18. September 2000 ausdrücklich festgehalten, dass die Abrechnung durch Analogiepositionen zulässig ist.

Tarifentscheide müssen rasch getroffen werden damit Innovationen und neue ärztliche Leistungen genutzt und korrekt verrechnet werden können. Der Bund muss die Möglichkeit haben eine vorläufige Tarifierung durchzusetzen wenn die Tarifpartner sich nicht einigen können (s. Empfehlung 2).

Analogieverrechnungen sollen nicht mehr vergütet werden und auf Anzeige soll das BAG Leistungserbringer bestrafen können, welche dieses Verbot missachten.

Empfehlung 4 – Neue Rolle für die Preisüberwachung

Die EFK empfiehlt, der Preisüberwachung den Status eines Beobachters in Tarmed Suisse zu gewähren. Im Fall von Nichteinigung der Tarifpartner auf einen festgesetzten Termin, soll er die problematischen Fälle dem Bundesrat zur vorläufigen Tarifierung weiterleiten.

Die Entscheidungsfindung in Tarmed Suisse ist hin und wieder blockiert, da sie vom Konsensus zwischen den vier Tarifpartnern abhängig ist. Ohne geeignete Tarifpflege, riskiert Tarmed schnell obsolet zu werden. Tarmed Suisse sieht selber die Notwendigkeit einer funktionierenden und beschlussfähigen Schiedsgerichtsstelle bei Nichteinigung über die Tarifierung. Ein Beobachterstatus in Tarmed Suisse, derjenige der GDK, existiert bereits.

Diese Empfehlung ermöglicht es Lösungen zu finden, ohne die Tarifautonomie der Tarifpartner zu beeinträchtigen. Vier Etappen können unterschieden werden:

1. Tarifierungsprobleme werden identifiziert :
 - ausbleibende Tarifierung einer OKP-Leistung,
 - nicht mehr zweckmässige oder wirtschaftliche Struktur des Tarifs,
 - Tarifierung, die einer betriebswirtschaftlichen Bemessung der Leistungserbringung durch einen effizienten Leistungserbringer nicht entspricht)
2. Diese Tarifierungsprobleme werden von den Tarifpartnern oder von der Preisüberwachung bei Tarmed Suisse traktandiert, wenn nötig weiter geprüft und mögliche Lösungen vorgeschlagen.
3. Falls eine Blockierung festgestellt wird, muss die Preisüberwachung eine Frist zur Einigung festlegen.
4. Falls die Blockierung bestehen bleibt, wird der Fall dem Bundesrat zur Tarifierung übermittelt (siehe Empfehlung 2).

Eine Möglichkeit für die Tarifpartner, eine Intervention des Bundesrates zu vermeiden, wäre die Einrichtung einer raschen und effizienten Schiedsgerichtsstelle.

So sollen rascher abschliessende Entscheide herbeigeführt und z.B. Analogieverrechnungen vermieden werden.

Zur Verbesserung der Transparenz soll das BAG die Tarifpartner bitten, die Dokumentation zur Berechnung von Tarmed zu aktualisieren ("Masterdokumentation Tarmed"). Die letzte Version dieser Dokumentation stammt von Juli 1999 und Tarmed wurde seither beträchtlich geändert. Damit soll die Transparenz der Berechnungsmodelle zu Tarmed verbessert werden.

Empfehlung 5 – Monitoring und Analysen

Die EFK empfiehlt dem Bundesamt für Gesundheit, ein Konzept für die statistische Analyse der verrechneten und vergüteten ärztlichen Leistungen auszuarbeiten und es vom Bundesrat genehmigen zu lassen.

Die Tarmed Ausgaben der OKP belaufen sich jährlich auf über 6 Milliarden Franken. Jeder Tarifpartner benützt in den Verhandlungen seine eigenen Daten, und die Validität der Daten der Gegenpartei wird immer wieder angezweifelt („Datenparität“). Eine neutrale wissenschaftliche Begleitung von Tarmed existiert nicht. Das grosse Potenzial welches Tarmed bietet, wird also nicht

für unabhängige Analysen genutzt. Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der Tarifpartner, des BAG, des BFS und der Preisüberwachung muss eingesetzt werden.

5.1 Die Analysenbedürfnisse müssen in einem Plan mit längerfristigen und kurzfristigen Zielen priorisiert werden.

Für den Bundesrat ist es unentbehrlich sich mittels unabhängiger Analysen versichern zu können, dass die Grundsätze für den Tarif eingehalten werden (siehe Empfehlungen 1.1-1.5). Die Fülle von Verrechnungspraktiken muss untersucht werden. Andere gesundheitspolitisch relevante Analysen sollten auch geplant werden.

Die EFK empfiehlt eine Analyse der Minutagen von ca. 30 Leistungen samt der tatsächlichen spartenbezogenen Produktivitäten vorzunehmen. Dabei soll denjenigen Leistungen Aufmerksamkeit geschenkt werden, die bedeutende wirtschaftliche Auswirkungen haben. Der vorliegende Bericht zeigt Beispiele mit überhöhten Minutagen auf. Leistungen aus der Ophthalmologie sollten gewählt werden. Ziel der Analyse ist, das für die Leistungserbringung optimale Paket von Tarmed-Positionen zu identifizieren, die Verrechnungspraxis von Spezialisten auf dieser Basis zu vergleichen und gegebenenfalls eine Pauschale für das Leistungspaket festzusetzen.

Die EFK empfiehlt weiter, eine verlässliche Statistik der Entwicklung der Ärzteneinkommen zu erstellen, inklusive Beschäftigungsgrad der Ärzte und zusätzlichen Einkommensquellen wie z.B. Zusatzversicherungen.

5.2 Die notwendigen Datensätze müssen definiert werden.

Tarmed-Rechnungen werden elektronisch bearbeitet. Die Datenbanken von NewIndex, der wichtigsten Spitalambulatorien und Versicherer einschliesslich Tarifpool müssen systematisch analysiert werden, um die Vielzahl von Verrechnungspraktiken zu verstehen. Das BAG hat Daten aus dem Tarifpool von Santésuisse gekauft, aber die Daten wurden bis jetzt kaum analysiert. Die Datenqualität des Tarifpools ist in den letzten Jahren verbessert worden. Das Analysekonzept muss auch bestimmen welche zusätzlichen Daten zu nutzen sind.

5.3 Die Verwaltung der Datensätze über ambulante Leistungen muss beim Bundesamt für Statistik zentralisiert werden.

Die Daten für ambulante Leistungen sollen wie die Daten betreffend stationäre Behandlungen an das BFS geliefert werden. Das Konzept für die statistische Analyse der Tarmed Daten muss die Zusammenarbeit zwischen dem BFS, dem BAG, dem PUE und den anderen Partnern regeln.

Mit Art. 22a KVG ist seit 2007 (im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung) die Zuständigkeit für die Erhebung der Daten der Leistungserbringer dem BFS gegeben. Damit hat das BFS auch die gesetzliche Grundlage um Daten aus Arztpraxen zu erheben.. In Art. 28 KVV ist die Erhebung der Daten der Versicherer durch das BAG geregelt.

Das BAG muss gegenüber Santésuisse durchsetzen, dass praktizierende Ärzte im Zahlstellenregister mittels einer oder mehrerer Nummern eindeutig identifizierbar sind, damit die Gesamtheit der vergüteten Leistungen auf einfache Art erfasst werden kann. Für jeden Arzt sollten die gesamthaft erbrachten Leistungen zu erfassen sein, gleich ob sie in eigener Praxis, im Auftrag eines Krankenhauses oder einer Klinik ausgeführt wurden. Bis heute ist dies nicht möglich. Das Ziel ist, die Verrechnungspraxis der verschiedenen Ärzte zu ermitteln und die Qualität der

statistischen Informationen zu verbessern, dies gilt auch für Ärzte, welche in mehreren Kantonen praktizieren.

5.4 Das Konzept muss die notwendigen Ressourcen definieren

Empfehlung 6 – Informationen an die Patienten

Die EFK empfiehlt dem Bundesamt für Gesundheit, den Bundesrat zu veranlassen, eine Vereinfachung der Rechnungen an die Patienten zu fordern, damit diese einfacher kontrolliert werden können

Dem Patienten müssen auf der Rechnung einerseits nur diejenigen Informationen präsentiert werden, welche er auch kontrollieren kann (und zwar in einfachen Worten, Latein wenn möglich vermeiden), andererseits sind die Informationen über die Dauer der Behandlung relevant, besonders die durchschnittliche Dauer der Leistung gemäss Tarmed. Hierzu folgendes Beispiel:

Koloskopie (Minutage durchschnittlicher Wert gemäss Tarmed)	Fr.
- Ärztliche Leistung: 38 Min. (Bericht von 5 Min. inbegriffen)	
- Raumbelugung: 43 Min.	
Konsultation (12.5 Min.):	Fr.
Material A :	Fr.
Material B :	Fr.
Total:	Fr.

Die detaillierten Rechnungen werden den Krankenkassen übermittelt welche damit auch die anderen Eckwerte kontrollieren können. Es ist wichtig, rasch ein System zu entwickeln welches erlaubt, doppelte Erfassungen bei den Krankenkassen zu vermeiden.

Kantonal unterschiedliche Taxpunktswerte – schwierig zu rechtfertigen und zu ändern

Der Bundesrat als Genehmigungsbehörde hatte den Tarifpartnern 2002 empfohlen, kantonal einheitliche Taxpunktswerte anzustreben. Folgender Vorschlag (auf Initiative des Nationalrates) einer Ergänzung des Art. 43 KVG wurde während des Differenzbereinigungsverfahrens im Parlament Anfang 2010 gestrichen:

„5bis: Kommt ein Einzelleistungstarif zur Anwendung und haben die Tarifpartner keinen nationalen Taxpunktswert vereinbart, hat in jedem Kanton ein einheitlicher Taxpunktswert für alle Leistungserbringer zu gelten.“

Der Bundesrat sei bereit, entsprechende Gesetzesänderungen in Betracht zu ziehen, sollten sich die Tarifpartner nicht auf eine innerkantonale Annäherung der Taxpunktswerte einigen können, dies die Antwort des Bundesrates von 2009 auf eine Interpellation.¹⁴² Es gibt aber acht Jahre nach der entsprechenden Empfehlung des Bundesrates immer noch keine konkreten Pläne wie kantonal einheitliche Taxpunktswerte umzusetzen sind.

¹⁴² 09.3272, Interpellation: Einheitliche Taxpunktswerte in den Kantonen

Anhang 1 : Rechtsgrundlagen

Gesetze und Verordnungen

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2008)

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Januar 2008)

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 (Stand am 1. Januar 2008)

Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)

Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) vom 19. Juni 1992

Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981

SR 832.202 Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982

Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG)

Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG)

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000

Bundesgesetz über die Eidgenössische Finanzkontrolle (FKG) vom 28. Juni 1967

Preisüberwachungsgesetz (PüG) vom 20. Dezember 1985

Botschaften

Schoch-Kommission (1990): Revision der Krankenversicherung, Bericht der Expertenkommission vom 2. November 1990 („Kommission Schoch“)

Bundesrat (1991): Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. Nov. 1991

Bundesrat (2009): Botschaft zu dringlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Anhang 2 : Bibliographie

Arbeitsgruppe Tarmed (2001): „Die Tarmed-Black-Box, die keine Black-Box ist“, in Schweizerische Ärztezeitung 2001; 82: Nr 25, S. 1312 ff.

Ärztelasse, Check-up 01/2000: Tarmed – eine unendliche Geschichte?

Bapst L. (1999): Ist Grat/Infra ein betriebswirtschaftlich gerechneter Tarif? Schweizerische Ärztezeitung 80, (1999), 11, 639-647

BASS (2008): Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung? Eine Analyse von Tarmed-Daten

Bosshard F. (2005): Tarmed veraltet? Braucht es eine Revision? Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86: Nr 10

Brunner, H. H. (1998): „Grat: Zwischen Grund- und Extraleistung“ in saez, 79:35, 1672 ff.

Brunner, H.H.(1999): Die Ergebnisse der Verhandlungen - Bericht über das Projekt Grat/Infra II, Schweizerische Ärztezeitung 80, (1999), 6, 317-320

Brunner, H.H: (1998): „Das Referenzeinkommen. Die Schlüsselstelle der Grat-Begehung.“ in saez, 79:1, 5 ff.

BSV (2001): Tarmed ... eine unendliche Geschichte?

BSV (2004) Forschungsprogramm KVG II: Einfluss des KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin. Forschungsbericht Nr. 2/04.

Büro Vatter (2001): Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, Materialienband 3, Die Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED, Studie im Auftrag der Parlamentarischen Verwaltungskontrollstelle

Crivelli, Luca et. al. (2007): I COSTI DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA.

D'Angelo, Mirjam, und Rhyn, Paul Stellungnahme der Santésuisse zum Artikel von Jürg Nadig «Verdeckte Rationierung dank Wirtschaftlichkeitsverfahren?» Wirtschaftlichkeitsverfahren der Santésuisse nach der ANOVA-Methode, in 2008;89: 21

De Haller, Jacques in PrimaryCare 2001;1:686

Die Volkswirtschaft 12-2006, Monatsthema: Gesundheitssystem und Gesundheitsförderung.

Dubach, Philipp und Künzi, Killian (2009): Grundversorger und Spezialisten: Was sagt uns der Tarmed über ihre Tätigkeiten? SAEZ 2009;90: 20

EDI, Medienmitteilung vom 18. Sept. 2000: Krankenversicherung: Bundesrat genehmigt gesamtschweizerische Arzttarifstruktur TarMed

EFK (2008): Konzept für die Evaluation von Tarmed vom 12. Sept. 2008

Eggl Y, Halfon P, Chikhi M, Bandi T, Känzig H. (2007): Diagnosegestützte Indikatoren zur Analyse der Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit CHSS 3/2007, S. 131-135.

Eggl Y. et. al. (2005): Ambulatory healthcare information system : A conceptual framework, in Health Policy 78 (2006) 26-38

ETH/KOF (2008): KOF-Frühjahrsprognose 2008 der Entwicklung der Gesundheitsausgaben 2006 –2009

FMH (2000): Offener Brief der FMH an die anderen Tarifpartner, s. SAEZ
<http://www.bullmed.ch/pdf/2000/2000-20/2000-20-537.pdf>

FMH/MTK/KSK (1998): Grundlageninformation zu Grat/Infra

FMH-Delegation, Ergebnisse des Reengineering II, in SAEZ 2003; 84: Nr. 32/33

Fried R. et. al. (2006): Analyse Workflow du laboratoire du praticien.

GPK (07.004) Jahresbericht 2006 der Geschäftsprüfungskommissionen und der Geschäftsprüfungsdelegation der eidgenössischen Räte vom 19. Januar 2007

GPK des Ständerates (5. April 2002): Einflussnahme des Bundes auf die Kostendämpfung im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes – Untersuchung anhand von zwei ausgewählten Beispielen.

Hans Heinrich Brunner: Analyse der Differenzen zwischen KVG-Tarifen in den Kantonen und UV-/MV-/IV-Taxpunktwerten in SAEZ 2001;82: Nr. 50

Hauptli, W.: Reengineering (RE) TARMED in SAEZ 2001;82: Nr. 49

Imboden, Annamaria Müller (2007): A brief history in short chapters, in SAEZ,
http://www.saez.ch/html_d/2007/2007-21-541.Html

Jeanrenaud C. (2003): Mode de rémunération des médecins et coûts de la santé en Suisse.

Jeanrenaud C. et. al. (2005): Causes de l'accroissement des dépenses de santé : hausse du coût de la vie ou amélioration de la qualité des soins ?

Kägi-Diener, Regula (8.2.2009): Gutachten betreffend Verfassungs- und Gesetzmässigkeit von Art. 59c Abs. 1 KVV

Kocher G., Oggier W. Hrsg. (2007): Gesundheitswesen in der Schweiz 2007-2009.

Kuhn, Hanspeter (1999): Tarifstrukturen, Tarifverträge und Kostenneutralität im KVG. Schweizerische Ärztezeitung 1999;80: Nr. 28.

Kuhn, Hanspeter (2001): Tarifverträge, Tarifgenehmigung, „Kostenneutralität“. Schweizerische Ärztezeitung 2001;82: Nr. 16

Lauterbach Karl W. et.al. (2006): Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe.

Leu Robert E. (2009): The Swiss and the Dutch health care systems compared"

Neubauer, G. und Lindl, C. (Dez. 2000): Die betriebswirtschaftlichen Grundlagen von Tarmed. Phase 1, Allgemeiner Teil. Studie im Auftrag der Schweizerischen Vereinigung der Belegärzte an Privatkliniken (SVBP) und der FMH.

OBSAN (2004): 5-Jahres-Vergleich 1998-2002 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Analyse der Ausgaben der Krankenversicherer Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit dem Datenpool von Santésuisse.

OBSAN (2008): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung.

OBSAN, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2007) : Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004.

OBSAN/Camenzind, Paul (2008): Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen: Analyse der internationalen gesundheitsökonomischen und gesundheitsstatistischen Literatur – mit besonderem Fokus auf die Schweiz. Arbeitsdokument 30, Obsan 2008.

Prantl A. (1999): Die Infrastrukturbewertung für Grat Schweizerische Ärztezeitung 80, (1999), 2, 67- 70

Prantl, Anton (2000): Professionalität und Partnerschaft in „Check-up“ 2000 Nr. 1

Preisüberwachung (1999): Ergänzung der Stellungnahme zu den Tarifen Grat/Infra datiert 10.8.1999 (Ergänzung betreffend TL und KN)

Preisüberwachung (1999): Stellungnahmen und Empfehlungen des PUE vom 31. März 1999

Preisüberwachung (1999): Studie zu den Tarifen Grat / Infra, Bern, 31. März 1999. (NB: Dieses Dokument ist auf dem Internet öffentlich zugänglich. Der Inhalt entspricht fast dem des nächsten, internen Dokumentes!)

Preisüberwachung (Nov. 2004): Bericht zur Organisation der Preisüberwachung

PVK (2001): Kostendämpfungsmassnahmen im Krankenversicherungsgesetz, Massnahmen und Handlungsspielräume der Träger des Bundes

PVK (2008): Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung - Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates vom 21. August 2008

Recht und Politik des Wettbewerbs 2008/5

Recht und Politik des Wettbewerbs, 2009/5

Reichert, Martina (2010): Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2006 (neu) und 2005 (Re-Evaluation) in SAEZ 2010;91:12

Romanens, Michel et.al. (2009): Krankenkassen, Santésuisse und Wirtschaftlichkeitsverfahren, die keine sind ..., in SAEZ 2009;90: 1 / 2, S. 51

Schleiniger R., Slembeck, T., Blöchliger J. (2007): Bestimmung und Erklärung der kantonalen Mengenindizes der OKP-Leistungen. Studie im Auftrag von Santésuisse.

Schleiniger R., Blöchliger J. (2008): Mengen und Preise der OKP-Leistungen. Studie im Auftrag von Santésuisse.

Schneider, Sandra (2001): Tarifbildung im schweizerischen Gesundheitswesen, in CHSS, Soziale Sicherheit, Nr. 2 März/April 2001

Schweiz. Verband Med. Praxisassistentinnen und Ärztekasse: Tarmed Handbuch.

Slembeck T. (2006): Die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen. Studie im Auftrag von Santésuisse

Stoffel, Urs: Die Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV), in saez 2006;87: 39



Vieli R. (1999) Die Grat-Schlacht, Medical Tribune 32, (1999), 42, 30

Weissenburger, Andreas (2001). Der neue Arzttarif Tarmed. In: Soziale Sicherheit 2/2001; 61-62.

Widmer, Thomas/BAG (2005): Tarmed - Vorbereitung einer Wirkungsanalyse über die Einführung sowie die Auswirkungen von Tarmed.

ZAS: Rapport d'activités 2007 de la Centrale de compensation

ZMT (1999): Masterdokumentation

Parlament

Motion 98.3548, ,Einheitliche Tarifstruktur für Einzelleistungstarife

Interpellation 00.3116, ,TarMed und Kostenneutralität

Interpellation 00.3110, ,Projekt TarMed, Kostenneutralität

Interpellation 00.3074, ,Einführung der Tarifstruktur TarMed. Genehmigung durch EDI/Bundesrat

Interpellation 06.3166, ,Ärztemangel in der Grundversorgung

Postulat 07.3279, ,Aufwertung der Hausarztmedizin.

Motion 09.3275, ,Einführung des Monismus im KVG.

Interpellation 09.3272, Einheitliche Taxpunktswerte in den Kantonen

Anhang 3 : Interviews und Gespräche

Liste der durch die EFK befragten Personen/Organisationen in der Konzeptphase und der Berichtsphase:

FMH: Ernst Gähler (Mitglied des Zentralvorstands), Beat Bumbacher (Leiter Tarifdienst), Hanspeter Kuhn (Fürsprecher), Marcel Butz (Tarifexperte), Karl Bachofen (Tarifexperte).

Santésuisse: Stefan Kaufmann (Direktor), Urs Vogt (Vertrauensarzt), Marco D'Angelo (Leiter Brancheninformationssysteme), Luca Petrini (Leikov-Verantwortlicher), Roland Amstutz (Wirtschaftlichkeitsverfahren), Reto Guetg (Vertrauensarzt), Verena Nold (Abteilungsleiterin), Sarah Eggenschwiler (Expertin Tarifpool), Christian Rüetschi (Experte Datenpool), Alfred Müller (Tarifexperte).

H+: Christoph Schöni (Leiter Tarife), Stephan Hänseberger (Leiter Betriebswirtschaft und Tarife), Caroline Piana (Tarifexpertin), Bernhard Wegmüller (Direktor).

ZMT, Zentralstelle für Medizinaltarife: Denise Rüegg (Direktorin), Rolf Schmidiger (Bereichsleiter Heilkostencontrolling), Roman Wey (Heilkostencontrolling), Beat Blasimann (Medizinischer Experte), Andreas Weissenburger (Gesundheitsökonom), Philippe Hayoz (Gesundheitsökonom), Susanne Jenzer (Tarifexpertin).

KKA, Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften: Urs Stoffel (Co-Präsident), Peter Wiedersheim (Mitglied der Geschäftsführung).

GDK, Schweiz. Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren: Michael Jordi (Stv. Zentralsekretär).

Tarmed Suisse: René Wirz (Geschäftsführer).

Ärztelasse: Anton Prantl (Direktionspräsident).

New Index: Philipp Baumann (Delegierter des Verwaltungsrates), Andreas Bühler, Stefan Callagher.

SGAM, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin: Franziska Zogg (Direktionsmitglied), Walter Häuptli (Tarifexperte).

SOG, Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft: Peter M. Leuenberger (ständ. Sekretär), Christoph Egli (Fürsprecher).

SGGG, Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: David Stucki (Präsident), Pierre Villars (Tarifexperte).

SGIM, Schweiz. Gesellschaft für Interne Medizin: Werner Bauer (Mitglied Direktorium), Jürg Rufener (Tarifexperte).

Preisüberwachung: Manuel Jung (Leiter Fachbereich Gesundheit), Maira Fierri (Ökonomin).

BAG, Bundesamt für Gesundheit: Peter Indra (Vizedirektor), Sandra Schneider (Sektionschefin), Pascal Strupler (Direktor), Bruno Fuhrer (Sektionsleiter), Khadir Senouci (Wiss. Mitarbeiter), Marie-Thérèse Furrer (Wiss. Mitarbeiterin), Till Bandi (Sektionschef), Herbert Känzig (Stv. Sektionschef), Ulla Kilchenmann (Wiss. Mitarbeiterin), Christoph Kilchenmann (Sektionschef).



BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen: François Donini (Sektionschef), Markus Buri (Wiss. Mitarbeiter), Martin Gebauer (Tarifspezialist), Antoine Exchaquet (Sektionschef), Gregor Sprenger (Wiss. Mitarbeiter).

BFS: Marco d'Angelo (Sektionschef).

ZAS, Zentrale Ausgleichskasse: Alex Pavlovic.

OBSAN: Stefan Spycher (Direktor), Hélène Jaccard (Wiss. Mitarbeiterin).

Andere Experten: Hans Heinrich Brunner (Notfallzentrum Inselspital), Thomas Widmer (PD Uni Zürich), Stefan Hänseberger (Leiter Tarife, Inselspital).

Interviews/Gespräche im Rahmen der Fallstudien: s. Infrac (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele Hauptbericht, Annex 1

Interviews/Gespräche im Rahmen des Teilberichts über Tarifpflege: s. EFK (2010): Mise à jour de TARMED Examen des processus et du rôle de la Confédération, Annexe 4

Anhang 4 : Begleitgruppe, per Juni 2010

Organisation	Funktion	Vorname	Name
FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	Vizepräsident FMH, Leiter Ressort Tarife und Verträge	Ernst	Gähler
Santésuisse	Leiterin Abteilung Vertragsverhandlungen, stv. Direktorin	Verena	Nold
Santésuisse; SPITAL NETZ BERN Institut für Radiologie	Vertrauensarzt; Chefarzt	Urs	Vogt
ZMT, Zentralstelle für Medizinaltarife	Direktorin	Denise	Rüegg
ZMT, Zentralstelle für Medizinaltarife	Gesundheitsökonom	Andreas	Weissenburger
H+ Spitäler der Schweiz	Direktor der Geschäftsstelle	Bernhard	Wegmüller
Tarmed Suisse	Leiter der Geschäftsstelle	Markus	Baumgartner
AEK, Ärztekasse	Direktionspräsident	Anton	Prantl
SGAM, Schweiz. Gesellschaft für Allgemeinmedizin	Vizepräsidentin SGAM	Franziska	Zogg-Harnischberg
GDK, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren	Zentralsekretär der GDK	Michael	Jordi
Hausärzte Schweiz	Tarifexperte von Hausärzte Schweiz	Jürg	Rufener
SGORL, Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie	Präsident der Versicherungskommission der SGORL	Tibor	Somlo
SGGG, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe	Tarifexperte SGGG	Pierre	Villars
SOG, Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft	Ständiger Sekretär SOG	Peter M.	Leuenberger
SOG, Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft	Fürsprecher	Christoph	Egli
BAG, Bundesamt für Gesundheit	Sektionsleiter Tarife und Leistungserbringer	Bruno	Fuhrer
BAG, Bundesamt für Gesundheit	Leiterin Direktionsbereich KVG	Sandra	Schneider
SPO, Patientenschutz	Präsidentin	Margrit	Kessler
KKA = Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften AGZ = Ärztegesellschaft des Kantons Zürich	Co-Präsident KKA und Präsident AGZ	Urs	Stoffel

Das BSV, Abteilungsleiter Antoine Exchaquet, wurde ebenfalls eingeladen in der Begleitgruppe teilzunehmen.

Anhang 5 : Kennzahlen für die Fallbeispiele

KENNZAHLEN FÜR DAS FALLBEISPIEL 1: KONSULTATION + ARZTLICHE LEISTUNG IN ABWESENHEIT DES PATIENTEN				
	Pos. 00.0010	Pos. 00.0020	Pos. 00.0030	Pos. 00.0140
Anzahl Taxpunkte (2009) ¹⁴³	17.76	17.76	8.88	17.76
Anzahl Verrechnungen, mittlere Fallkosten, Totale Verrechnungssumme Fallbeispiel: nicht verfügbar für dieses Fallbeispiel – da keine Trigger Position (siehe Kap 1.4)				
Mengenentwicklung: Anzahl Verrechnungen der Einzelpositionen ¹⁴⁴				
Arztpraxen: 2007	30.1 Mio.	24.6 Mio.	24.7 Mio.	8.3 Mio.
Arztpraxen: 2005–2007	-2.4%	+7.1%	-2.3%	+23.5%
Spitäler: 2007	4.7 Mio.	7.4 Mio.	4.3 Mio.	2.6 Mio.
Spitäler: 2005–2007	+10.6%	+24.4%	+12.9%	+9%
Absolute finanzielle Bedeutung: Verrechnete Summen der Einzelpositionen ¹⁴⁵				
Arztpraxen: 2007	469 Mio. Fr.	388 Mio. Fr.	192 Mio. Fr.	131 Mio. Fr.
Arztpraxen: 2005–2007	-2.1%	+4.5%	-3.1%	+21.4
Spitäler: 2007	75 Mio. Fr.	119 Mio. Fr.	34 Mio. Fr.	41 Mio. Fr.
Spitäler: 2005–2007	+10.4%	+25.1%	+13.0%	+9.7%
Relative finanzielle Bedeutung: Anteil des TARMED-Umsatzes der Einzelpositionen ¹⁴⁶				
Allgemeinmedizin	19.8%	18.8%	8.7%	5.5%
Innere Medizin	18.1%	18.7%	8.0%	5.8%
Ophthalmologie	12.6%	1.8%	3.1%	1.0%
Gynäkologie	11.8%	5.2%	4.3%	3.4%
Spitalambulatorien	3.5%	5.6%	1.6%	1.9%

Andere Informationen über die Basiskonsultation ¹⁴⁷				
	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Ophthalmologie	Gynäkologie
Anteil Basiskonsultation an allen Sitzungen 2008	50.2%	47.2%	0.6%	5.5%
Dauer Basiskonsultation 2008: Zunahme 2004-08	13.3 Min. +8.7%	13.9 Min. +9.3%	8.8 Min. +1.6%	12.3 Min. +8.1%

Quelle: EFK (2010) : Fallstudien Tarmed - Fallbeispiel 1.

¹⁴³ Angaben gemäss Tarmed Version 1.06.00 ab 01.03.2009.

¹⁴⁴ Quelle Tarifpool. Hochrechnungen auf 100% Abdeckung. NB: Gilt alle Abrechnungen der Positionen, nicht nur Abrechnungen innerhalb des Fallbeispiels.

¹⁴⁵ Dito.

¹⁴⁶ Dito.

¹⁴⁷ Quelle Ärztekasse. Eine Basiskonsultation ist vergleichbar mit einer Standardkonsultation des Fallbeispiels.

KENNZAHLEN FÜR DAS FALLBEISPIEL 2: KONSULTATION MIT NOTFALL- UND INKONVENIENZPAUSCHALEN (10 MIN.)			
Triggerposition	Pauschale A	Pauschale B	Pauschale C
Anzahl Taxpunkte der Triggerposition (2007) ¹⁴⁸	50 TP	80 TP	145 TP
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition (2007) ¹⁴⁹	508' 000	214' 000	49' 000
Verrechnungssumme CH, nur Triggerposition (2007) ¹⁵⁰	23.7 Mio. Franken	17.0 Mio. Franken	6.6 Mio. Franken
Empirisches Leistungspaket (mix aus Pauschalen A, B, C)			
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Arztpraxen (2008) ¹⁵¹	145.50 Franken		
Anzahl Verrechnungen CH, alle Triggerpositionen in Arztpraxen (2007) ¹⁵²	771' 000		
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Arztpraxen ¹⁵³	111 Mio. Franken		
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Spitalambulatorien	Nicht verfügbar		
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Spitalambulatorien (2007)	10'000		
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	Nicht verfügbar		

Quellen: Tarifpool, Tarmed, Ärztekasse.

¹⁴⁸ Angaben gemäss Tarmed Version 1.04.00 ab 1.4.2007.

¹⁴⁹ Angaben für Arztpraxen und ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁵⁰ Dito.

¹⁵¹ Angaben der Ärztekasse für AM im Kanton Bern im Jahr 2008, umgerechnet auf TPW 0.89.

¹⁵² Angaben für Arztpraxen 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁵³ Schätzung aus empirischen Fallkosten Bern 2008 und Hochrechnung Anzahl Verrechnungen 2007.

KENNZAHLEN FÜR DAS FALLBEISPIEL 3: KONSULTATION MIT EKG	
Triggerposition	
Anzahl Taxpunkte der Triggerposition ¹⁵⁴	35.9 TP
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition ¹⁵⁵	884'000
Verrechnungssumme CH, nur Triggerposition ¹⁵⁶	28 Mio. Franken
Empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Arztpraxen ¹⁵⁷	119.19 Franken
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Arztpraxen ¹⁵⁸	684'000
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	81.5 Mio. Franken
Empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Spitalambulatorien ¹⁵⁹	163.25 Franken
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Spitalambulatorien ¹⁶⁰	201'000
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	32.8 Mio. Franken

Quellen: Tarifpool, Tarmed, Ärztekasse.

KENNZAHLEN FÜR DAS FALLBEISPIEL 4: BESUCH 25 MINUTEN MIT EINEM WEG VON 2X5 MINUTEN	
Triggerposition	
Anzahl Taxpunkte der Triggerposition ¹⁶¹	17.76 TP
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition ¹⁶²	1'157'000
Verrechnungssumme CH, nur Triggerposition ¹⁶³	18 Mio. Franken
Empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Arztpraxen ¹⁶⁴	106.19 Franken
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Arztpraxen ¹⁶⁵	1'145'000
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	122 Mio. Franken
Empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Spitalambulatorien	nicht verfügbar
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Spitalambulatorien ¹⁶⁶	13'000
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	nicht verfügbar

Quellen: Tarifpool, Tarmed, Ärztekasse.

¹⁵⁴ Angaben gemäss Tarmed Version 1.06.00 ab 01.03.2009.

¹⁵⁵ Angaben für Arztpraxen und ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁵⁶ Dito.

¹⁵⁷ Angaben der Ärztekasse für AM im Kanton Bern im Jahr 2008, umgerechnet auf TPW 0.89.

¹⁵⁸ Angaben für Arztpraxen 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁵⁹ Angaben für die häufigsten 20% der Behandlungssequenzen mit EKG in Spitälern 2008 gemäss Helsana.

¹⁶⁰ Angaben für ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁶¹ Angaben gemäss Tarmed 01.03.2009.

¹⁶² Angaben für Arztpraxen und ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁶³ Dito.

¹⁶⁴ Angaben der Ärztekasse für AM im Kanton Bern im Jahr 2008, umgerechnet auf TPW 0.89.

¹⁶⁵ Angaben für Arztpraxen 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁶⁶ Angaben für ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

KENNZAHLEN FÜR DAS FALLBEISPIEL 5 : KONSULTATION MIT REFRAKTIONSBESTIMMUNG (SUBJEKTIV)	
Triggerposition	
Anzahl Taxpunkte der Triggerposition ¹⁶⁷	54.01 TP
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition ¹⁶⁸	1'262'000
Verrechnungssumme CH, nur Triggerposition ¹⁶⁹	60.4 Mio. Franken
Empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Arztpraxen ¹⁷⁰	125 Franken
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Arztpraxen ¹⁷¹	1'130'000
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	141 Mio. Franken
Empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Spitalambulatorien	nicht verfügbar
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Spitalambulatorien ¹⁷²	132'000
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	nicht verfügbar

Quellen: Tarifpool, Tarmed, Ärztekasse.

KENNZAHLEN FÜR DAS FALLBEISPIEL 6: KONSULTATION MIT APPLANATIONSTONOMETRIE	
Triggerposition	
Anzahl Taxpunkte der Triggerposition ¹⁷³	36.01 TP
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition ¹⁷⁴	1'660'000
Verrechnungssumme CH, nur Triggerposition ¹⁷⁵	53 Mio. Franken
Empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Arztpraxen ¹⁷⁶	nicht verfügbar
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Arztpraxen ¹⁷⁷	1'470'000
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	nicht verfügbar

Quellen: Tarifpool, Tarmed, Ärztekasse.

¹⁶⁷ Angaben gemäss Tarmed Version 1.06.00 ab 01.03.2009.

¹⁶⁸ Angaben für Arztpraxen und ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁶⁹ Dito.

¹⁷⁰ Angaben der Ärztekasse für den Kanton Bern im Jahr 2008, umgerechnet auf TPW 0.89.

¹⁷¹ Angaben für Arztpraxen 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁷² Angaben für ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool

¹⁷³ Angaben gemäss Tarmed Version 1.06.00 ab 01.03.2009.

¹⁷⁴ Angaben für Arztpraxen und ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁷⁵ Dito.

¹⁷⁶ Angaben der Ärztekasse für den Kanton Bern im Jahr 2008, umgerechnet auf TPW 0.89.

¹⁷⁷ Angaben für Arztpraxen 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

KENNZAHLEN FÜR DAS FALLBEISPIEL 7: KATARAKTOPERATION	
Triggerposition	
Anzahl Taxpunkte der Triggerposition ¹⁷⁸	491.38 TP
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition ¹⁷⁹	49'000
Verrechnungssumme CH, nur Triggerposition ¹⁸⁰	24.3 Mio. Franken
Empirisches Leistungspaket von Ärzten abgerechnet	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket ¹⁸¹	1'195.21 Franken
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition von Ärzten abgerechnet ¹⁸²	17'000
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket von Ärzten abgerechnet	20.3 Mio. Franken
Empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Spitalambulatorien ¹⁸³	1'451.74 Franken
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Spitalambulatorien ¹⁸⁴	32'700
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	47.5 Mio. Franken

Quellen: Tarifpool, Tarmed, Ärztekasse.

KENNZAHLEN FÜR DAS FALLBEISPIEL 8: GYNKOLOGISCHE PRAVENTIVE UNTERSUCHUNG, ALS ALLEINIGE LEISTUNG	
Triggerposition	
Anzahl Taxpunkte der Triggerposition ¹⁸⁵	41.58 TP
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition ¹⁸⁶	nicht verfügbar
Verrechnungssumme CH, nur Triggerposition ¹⁸⁷	nicht verfügbar
Empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Arztpraxen ¹⁸⁸	120.98 Franken
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Arztpraxen ¹⁸⁹	nicht verfügbar
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	nicht verfügbar
Empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Spitalambulatorien	nicht verfügbar
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Spitalambulatorien ¹⁹⁰	nicht verfügbar
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	nicht verfügbar

Quellen: Tarifpool, Tarmed, Ärztekasse.

¹⁷⁸ Angaben gemäss Tarmed Version 1.06.00 ab 01.03.2009.

¹⁷⁹ Angaben für Ärzte und ambulanter Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁸⁰ Dito.

¹⁸¹ Angaben aus den Daten der CSS-Versicherung für das Jahr 2008.

¹⁸² Angaben für Ärzte 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁸³ Angaben aus den Daten der CSS-Versicherung für das Jahr 2008.

¹⁸⁴ Angaben für ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁸⁵ Angaben gemäss Tarmed Version 1.06.00 ab 01.03.2009.

¹⁸⁶ Angaben für Arztpraxen und ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁸⁷ Dito.

¹⁸⁸ Angaben der Ärztekasse für AM im Kanton Bern im Jahr 2008, umgerechnet auf TPW 0.89.

¹⁸⁹ Angaben für Arztpraxen 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁹⁰ Angaben für ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

KENNZAHLEN FÜR DAS FALLBEISPIEL 9: KONSULTATION MIT 2. ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG IN DER SCHWANGERSCHAFT		
Triggerposition	Erste Untersuchung	Zweite Untersuchung
Anzahl Taxpunkte der Triggerpositionen ¹⁹¹	96.1 TP	133.05 TP
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition	n.v.	58' 720
Verrechnungssumme CH, nur Triggerposition ¹⁹²	n.v.	6.9 Mio. Franken
Empirisches Leistungspaket in Arztpraxen		
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Arztpraxen ¹⁹³	177.63 Franken	
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerpositionen in Arztpraxen ¹⁹⁴	97' 676	
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	17.3 Mio. Franken	
Empirisches Leistungspaket in Spitälern		
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Spitalambulatorien	nicht verfügbar	
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Spitalambulatorien	12' 428	
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	nicht verfügbar	

Quellen: Tarifpool, Tarmed, Ärztekasse.

¹⁹¹ Angaben gemäss Tarmed Version 1.06.00 ab 01.03.2009.

¹⁹² Angaben für Arztpraxen und ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool

¹⁹³ Angaben der Ärztekasse für AM im Kanton Bern im Jahr 2008, umgerechnet auf TPW 0.89

¹⁹⁴ Angaben für Arztpraxen 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool. Die im Tarifpool ausgewiesene Anzahl zweite Screening-Ultraschalluntersuchungen wurde mit dem Faktor 2.11 multipliziert, um die Anzahl erste und zweite Untersuchungen abzuschätzen.

KENNZAHLEN FÜR DAS FALLBEISPIEL 10: ABORTBEHANDLUNG BEI MISSED ABORTION OD. OPERATIVER SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH BIS 12. SSW.	
Triggerposition	
Anzahl Taxpunkte der Triggerposition ¹⁹⁵	285.40 TP
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition ¹⁹⁶	4'254 ¹⁹⁷
Verrechnungssumme CH, nur Triggerposition ¹⁹⁸	1.2 Mio. Franken
Empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Arztpraxen	nicht verfügbar
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Arztpraxen ¹⁹⁹	425
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Arztpraxen	nicht verfügbar
Empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	
Mittlere Fallkosten empirisches Leistungspaket, in Spitalambulatorien ²⁰⁰	1'090.40 Franken
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Spitalambulatorien ²⁰¹	3' 829
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	4.2 Mio. Franken

Quellen: Tarifpool, Tarmed, Ärztekasse.

KENNZAHLEN FÜR DAS FALLBEISPIEL 11: ERSTEXPERTISE FÜR VERMITTLUNG VON HÖRGERÄTEN	
Triggerposition	
Anzahl Taxpunkte der Triggerposition	nicht verfügbar
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition	nicht verfügbar
Verrechnungssumme CH, nur Triggerposition	nicht verfügbar
Festgelegtes Leistungspaket in Arztpraxen	
Fallkosten des Leistungspakets, in Arztpraxen ²⁰²	392.90 Franken
Anzahl Verrechnungen CH, Leistungspaket in Arztpraxen ²⁰³	39'000
Geschätzte Verrechnungssumme CH, Leistungspaket in Arztpraxen ²⁰⁴	15.2 Mio. Franken
Festgelegtes Leistungspaket in Spitälern	
Mittlere Fallkosten Leistungspaket, in Spitalambulatorien	nicht verfügbar
Anzahl Verrechnungen CH, Triggerposition in Spitalambulatorien ²⁰⁵	nicht verfügbar
Geschätzte Verrechnungssumme CH, empirisches Leistungspaket in Spitalambulatorien	nicht verfügbar

Quellen: Tarifpool, Tarmed, Ärztekasse.

¹⁹⁵ Angaben gemäss Tarmed Version 1.06.00 ab 01.03.2009.

¹⁹⁶ Angaben für Arztpraxen und ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁹⁷ BFS, Statistik des Schwangerschaftsabbruchs. Zahlen des Jahres 2008.

¹⁹⁸ Angaben für Arztpraxen und ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

¹⁹⁹ Schätzung aus BFS Statistik des Schwangerschaftsabbruchs 2008 und Aufteilung der Leistungserbringer in Daten der CSS 2008.

²⁰⁰ Angaben aus den Daten der CSS-Versicherung für das Jahr 2008.

²⁰¹ Schätzung aus BFS Statistik des Schwangerschaftsabbruchs 2008 und Aufteilung der Leistungserbringer in Daten der CSS 2008.

²⁰² Von der IV festgelegtes Leistungspaket, abgerechnet mit TPW 0.92 Franken.

²⁰³ Angaben für Arztpraxen 2007 gemäss ZAS.

²⁰⁴ Dito.

²⁰⁵ Angaben für ambulanten Bereich von Spitälern 2007. Hochrechnung gemäss Angaben Tarifpool.

Anhang 6: Abkürzungen und Begriffe

AL	Im Zusammenhang mit Tarmed = Ärztliche Leistung oder Taxpunkte der ärztlichen Leistung, siehe auch TL. Analysenliste = Liste der von den Krankenversicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Pflichtleistung zu vergütenden Analysen, siehe Anhang 3 zur KLV.
ALT	Arzneimittelliste, s. Anhang 4 zur KLV.
Assistenz	Teil der AL, medizinisch notwendige Unterstützung des Operateurs während eines Eingriffes, ausgenommen Praxispersonal (Teil der TL).
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAMV	Bundesamt für Militärversicherung
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
Dignität	Qualitative Dignität: Anforderung um eine bestimmte Tarmed-Leistung zu erbringen. Quantitative Dignität ist eine von FMH-Graden abhängige Skala (FMH5-FMH12) nach welcher sich die AL ausrechnet.
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
FMH	Verbindung der Schweizer Ärzte
FMS	Foederatio Medicorum Scrutantium ; Vereinigung der invasiv tätigen Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GPK	Geschäftsprüfungskommission
Grat	Gesamtrevision des Arzttarifs, Projekt der FMH und UV-Versicherer, Start 1986
H+	Spitzenverband der Spitäler in der Schweiz (früher: VESKA)
HMO	Health Maintenance Organisation
Infra	Normative Bewertung der Infrastruktur (technische Leistung) der Spitäler
IV	Invalidenversicherung
Koreg	Jährlich rollende Erhebungen der Kosten in Arztpraxen durchgeführt durch die Ärztekasse.
KSK	Konkordat der Schweizer Krankenversicherer, neu „Santésuisse“.
KV	Krankenversicherung
Minutage	Notwendig erachtete Zeit für die Erbringung einer Position/Leistung des Tarmed.
MiGeL	Mittel- und Gegenstände-Liste, KLV Anhang 2.
MTK	Medizinaltarifkommission UVG
MV	Militärversicherung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
NAKO	NAKO steht für Nationale Konsolidierungsstelle. In der NAKO werden die anonymisierten Daten aller TrustCenter zusammengeführt und statistisch aufbereitet.
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PaKoDig	Paritätische Kommission Dignität



PIK	Paritätische Interpretationskommission
Pos.	Position im Tarmed
Produktivität	Verhältnis zwischen tarifwirksamer und effektiver Zeit.
PTK	Paritätische Tarifkommission
Roko	Rollende Praxiskostenstudie (Finanzrechnung), dient als Grundlage für das Koreg-Modell
Santésuisse	Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer. Früher: Konkordat der Schweizer Krankenversicherer (KSK).
Sparte	Im Tarmed bezeichnet der Ausdruck ‚Sparte‘ die Kostenstelle, d.h. die Infrastruktureinheit mit für die Berechnung des Kostensatzes. Beispiel: Sprechzimmer, EKG-Platz.
SGAM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin
SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
SGIM	Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
SGORL	Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie
SL	Spezialitätenliste
SOG	Schweizerische Ophtalmologische Gesellschaft
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
Tarmed	Tarif médical = Medizinischer Tarif
TL	Technische Leistung
TP	Anzahl Taxpunkte
TPW	Taxpunktwert
TPW AL	Taxpunktwert der ärztlichen Leistung
TPW TL	Taxpunktwert der technischen Leistung
UBR	Untersuchungs- und Behandlungsraum
UV	Unfallversicherung
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit
ZMT	Zentralstelle für Medizinaltarife, Sekretariat der MTK



Anhang 7: So liest sich eine Tarmed-Rechnung

TP-Rechnung Release ■ 4.0 **M**

Dokument ■ 101 7333.0 24.02.2004 14:11:00.00		Seite ■ 1	
1 Rechnungsteller	EAN-Nr. ■ 7601000133333 ZSR-Nr. ■ L555555	Dr. med. Hans Muster Tel: 061- 111 11 11	4055 Basel Fax: 061-111 11 11 E-mail:
2 Leistungserbringer	EAN-Nr. ■ 7601000133333 ZSR-Nr./ NIF-Nr. ■ L555555	Dr. med. Hans Muster Tel: 061- 111 11 11	4055 Basel Fax: 061-111 11 11 E-mail:
3 Patient	Name ■ Beispiel Vorname ■ Peter Strasse ■ Mustergasse 1 PLZ ■ 4099 Ort ■ Basel Geburtsdatum ■ 10.10.1942 Geschlecht ■ M Unfalldatum ■ Unfall-/Verfügungsnr. ■ AHV-Nr. ■ Versicherten-Nr. ■ 100.100.000. Betriebs-Nr./Name ■ Kanton ■ BS Rechnungskopie ■ Nein Vergütungsart ■ TP Gesetz ■ KVG Behandlungsgrund ■ Krankheit Behandlung ■ 22.01.2004 Erbringungsort ■ Praxis	4 HMO Gesundheitsplan Kirschgartenstr. 7 4051 Basel	
Auftraggeber EAN-Nr. / ZSR-Nr. ■ 6		5 Rechnungsnr. ■ 7333 Rechnungs-/Mahndatum ■ 24.02.2004	
Diagnose ■ N9 7			
EAN-Liste ■ 17601000128584			
Bemerkung HMO ÖKK			

Datum	Tarif	Tarifziffer	Bezugsziffer	Si	St	Anzahl	TP AL / Preis	f AL	TPW AL	TP TL	f TL	TPW TL	A	V	P	M	Betrag
■ 22.01.2004	001	00.0010		1		1	9.57		0.93	8.19		0.93	1	1	0	3	16.52
+ Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation) 10																	
■ 22.01.2004	001	00.0020	00.0010	1		1	9.57		0.93	8.19		0.93	1	1	0	3	16.52
+ Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)																	
■ 22.01.2004	001	00.0030	00.0010	1		1	4.78		0.93	4.10		0.93	1	1	0	3	8.26
+ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)																	

- 1 Arzt, der Leistung in Rechnung stellt
- 2 Arzt, der Leistung erbracht hat (ist meistens identisch mit 1)
- 3 Personalien Patient
- 4 Adresse des Rechnungsempfängers
- 5 Rechnungsnummer und Rechnungsdatum
- 6 Überweisender Arzt, wenn Behandlung veranlasst wurde
- 7 Diagnose-Code gemäss Diagnose-Liste
- 8 Daten der Behandlungen
- 9 Nummer des angewendeten Tarifs (z.B.: 001 = Tarmed, 316 = Analyseliste Laborleistungen)
- 10 Verrechnete Menge pro Tarifposition
- 11 Taxpunkt der ärztlichen Leistung. Z.B. «Konsultation, erste 5 Min.» wurde mit 9,57 Taxpunkten bewertet
- 12 Taxpunktwert der ärztlichen Leistung (momentaner Taxpunktwert ist CHF 0,93)
- 13 Taxpunkt der technischen Leistung
- 14 Taxpunktwert der technischen Leistung
- 15 Pflichtleistungscode (0 = Pflichtleistung gemäss KVG, 1 = Nichtpflichtleistung)
- 16 CHF-Betrag der einzelnen Tarifposition berechnet sich aus: (Taxpunkt der ärztl. Leistung x Taxpunktwert der ärztl. Leistung) + (Taxpunkt der techn. Leistung x Taxpunktwert der techn. Leistung)
- 17 Einzelne Totalbeträge der diversen Bereiche in CHF
- 18 Gesamttotal der Rechnung in CHF

17 TARMED AL	22.25	(23.92)	Physio	0.00	MiGeL	0.00	Übrige	0.00
TARMED TL	19.05	(20.48)	Labor	0.00	Medi	0.00	Kantonal	
18 ■ Gesamtbetrag	CHF	41.30	davon PFL	41.30	Anzahlung	0.00	Fälliger Betrag	41.30

010000041302>81325300000000075000073337+ 012000159>

Quelle: Ärztekasse



Anhang 8: Rechnung / Rückforderungsbeleg

Rückforderungsbeleg

Release 4.0

M

Dokument	101	479	08.03.2004 13:19:15	Seite	1
Rachnungsehtiller	FAN	7811910000009	Dr. med.	CR Testaz	FMH Testologie
	KK-N*	Y990020	Testweg 21	9999 Pröbilsbach	
Lieferungoorbringer	EAN	7811910000009	Dr. med.	CR Testaz	FMH Testologie
	KK-N*	Y990020	Testweg 21	9999 Pröbilsbach	
Patient	Name	Muster	Empfänger	EAN	
	Vorname	Mister			
	Strasse	Beispielstrasse 1			
	PLZ	0000			
	Ort	Neugirigen			
	Geburtsdatum	30.10.1920	Herr		
	Sex	M	Muster Mister		
	Unbilidatum				
	Unbil-N*		Beispielstrasse 1		
	AH/N*	111.22.333.444	0000 Neugirigen		
	Mitglieds-N*				
	Betriebs-N*				
	Kanton	TG			
	Restriktionskupile	Nein			
	Vergütung	TG			
	Gesetz	KVG			
	Rechnungsart	Schlussrechnung			
	Behandlung	04.03.2004 - 08.03.2004			
	Behandlungsgrund	Krankheit	Rech-N*	479	
	Vertrags-N*		Rechnungsdatum*	08.03.2004	
Mandatar	N* EAN / KK N*				
Diagnose	G1				
Liste EAN	1701191000009				
Kommentar					

Datum	Tarif	Code	Bezug	SI	SE	Menge	TP AL/Prels	f AL	TPW AL	Pf TL	f TL	TPW TLE R P T	Betrag
			Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)										
04.03.2004	001	00.0010		1		1	9.57		0.97	8.19	0.97	1 0 0	17.23
			+ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)										
04.03.2004	001	00.0030	00.0010	1		1	4.78		0.97	4.10	0.97	1 0 0	8.61
			CRP, SCHNELLTEST, IQ										
04.03.2004	318	8137.10		1		1						1 0 0	12.00
			LEUKOZYTEN-ZAEHLUNG										
04.03.2004	310	8400.00		1		1						1 0 0	9.00
			LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG										
04.03.2004	318	8403.00		1		1						1 0 0	23.00
			HAEMOGLOBIN										
04.03.2004	318	8275.00		1		1						1 0 0	7.00
			DAFALGAN Brausetabl 1g 20 Stk										
04.03.2004	400	2181278				1	8.20					0 0	8.20
			ECOMUCOL 600 Brausetabl 600mg 10 Stk										
04.03.2004	400	1543807				1	16.25					0 0	16.25
			Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)										
08.03.2004	001	00.0010		2		1	9.57		0.97	8.19	0.97	1 0 0	17.23

Tarmed AL	23.20	(23.02)	Physio	0.00	Mistel	0.00	Andere	0.00
Tarmed TL	19.85	(20.48)	Labor	51.00	Medi/Mat	24.45	Kantonal	0.00
Totalbetrag	CI I*	110.50	davon PFL	110.50	Anzahlung	0.00	Betrag	110.50

MWST-Nr	120400		
Code	Ansatz	Betrag	Betrag MWST
0	0.00	118.52	0.00
Total		118.52	0.00



Anhang 9: Stellungnahmen

1. Bundesamt für Gesundheit vom 14.10.2010
2. FMH – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte vom 8.10.2010
3. Santésuisse vom 22.10.2010
4. H+ - Die Spitäler der Schweiz vom 6.10.2010
5. Leitungsgremium von Tarmed Suisse vom 30.9.2010
6. Bundesamt für Statistik vom 11.10.2010
7. Die Preisüberwachung vom 20.9.2010
8. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz, Mail des Zentralsekretärs vom 11. August 2010



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Amtsleitung

CH-3003 Bern, BAG

Einschreiben

Eidgenössische Finanzkontrolle
Mombijoustrasse 45
3003 Bern

Referenz/Aktenzeichen: 516.0001-17
Ihr Zeichen: 1.8381.316.00095.39
Unser Zeichen: SEK/Fb
Liebefeld, 14.10.2010

Evaluation des TARMED: Stellungnahme betreffend Schlussberichte der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK)

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Rahmen der Evaluation des TARMED haben wir am 13. August 2010 zum Schlussbericht und den Teilberichten der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) ausführlich Stellung genommen. Darin haben wir die Überarbeitung der Berichtsentwürfe als notwendig erachtet. Mit Schreiben vom 7. September 2010 hat die EFK uns den Abschluss der Evaluation angekündigt und uns die endgültigen Berichte zukommen lassen. Unsere Durchsicht der Veränderungen der Entwürfe der EFK ergibt, dass unsere Stellungnahme vom 13. August 2010 nur teils und nur oberflächlich berücksichtigt wurde. Fundamentale Anliegen blieben ausser acht. Bedauerlicherweise wurden auch neue und aus unserer Sicht unzutreffende Aussagen hinzugefügt. Wir erlauben uns daher erneut, die für die Arbeiten wegleitenden gesetzlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in Bezug auf die Tarifierung zu wiederholen und grundsätzliche Bemerkungen zu den Berichten „Der Arzttarif TARMED“ und „Mise à jour de TARMED“ abzugeben. Abschliessend finden Sie eine Rückmeldung zu den vorliegenden EFK-Empfehlungen.

1. Tariffbildung im Rahmen des KVG

Grundlage für die Rechnungsstellung durch den Leistungserbringer und für die Kostenübernahme durch den Versicherer sind in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verbindliche Tarife oder Preise. Das KVG gibt zwar den Tarifpartnern - den Leistungserbringern und Versicherern - einen Rahmen vor, jedoch gilt im Grundsatz die Tarifautonomie, d.h. die autonome Gestaltung der Tarife durch die Tarifpartner mittels Verträgen (vgl. Artikel 46 Absatz 1 KVG). Diese werden zwischen einzelnen oder mehreren Leistungserbringern oder deren Verbänden einerseits sowie einzelnen oder mehreren Versicherern oder deren Verbänden anderseits vereinbart. Der Bundesrat hat im Rahmen

Bundesamt für Gesundheit
Sekretariat
Schwarzenburgstrasse 165, CH-3003 Liebefeld
Postadresse: CH-3003 Bern
Tel. +41 31 322 95 10, Fax +41 31 324 90 33
www.bag.admin.ch

seiner ehemaligen Rechtsprechungsfunktion die Tarifautonomie mehrmals hervorgehoben.¹ Die Tarifautonomie ist also das massgebende Prinzip. Nur in einigen wenigen Bereichen (vgl. Artikel 52 KVG) weicht das KVG von diesem Prinzip ab, dort bestehen so genannte Amtstarife.

Die Rolle der Behörden liegt in der Genehmigung der Tarifverträge. Nach Artikel 46 Absatz 4 KVG bedarf ein Tarifvertrag der Genehmigung der zuständigen Kantonsbehörde oder, wenn er für die ganze Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigung hat konstitutiven Charakter und erst mit dieser kann der Tarifvertrag seine Wirkung entfalten.² Inhalt der Genehmigung ist die Prüfung, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit umfasst auch den Aspekt der wirtschaftlichen Tragbarkeit des Tarifes. Ob ein Tarif wirtschaftlich tragbar ist, beurteilt sich aber nicht nur auf Grund seiner absoluten Höhe, sondern auch auf Grund seiner Auswirkungen auf das Gesamtsystem (KVG), d.h. ob der Tarif den Versicherern und Versicherten zugemutet werden kann. Die wirtschaftliche Tragbarkeit eines Tarifes wird folglich nicht zuletzt anhand des Prämienanstieges beurteilt, der durch seine Einführung ausgelöst wird.³

In Bezug auf Einzelleistungstarife hält Artikel 43 Absatz 5 KVG fest, dass diese auf gesamtschweizerisch vereinbarten Strukturen beruhen müssen. Damit wird die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Leistungserbringung zu Lasten der OKP in den Bereichen, in denen Einzelleistungstarife vereinbart sind, gewährleistet. Gesamtschweizerisch gültige Tarifstrukturen - wie der TARMED - sind somit durch die Tarifpartner zu erarbeiten und vereinbaren und dann durch den Bundesrat zu genehmigen. Subsidiär, d.h. falls sich die Tarifpartner nicht auf eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für einen Einzelleistungstarif einigen können, kann der Bundesrat eine Struktur festsetzen.

Zur Rolle des Bundes im Tarifbereich hat die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vor einiger Zeit Stellung genommen. Die parlamentarische Verwaltungskontrolle und die ständerätliche Geschäftsprüfungskommission haben im Zusammenhang mit der Überprüfung der Kosteneindämmungsmassnahmen im Krankenversicherungsbereich zu den Handlungsspielräumen der Träger des Bundes bei der Einführung des TARMED geäussert und deren Handlungsmöglichkeiten einer kritischen Würdigung unterzogen. Die Möglichkeiten des Bundesrates beziehungsweise der Bundesbehörden zur Einflussnahme im Tarifbereich wurden in diesem Zusammenhang als gering bezeichnet. Die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates empfahl dem Bundesrat in ihrem Bericht vom 5. April 2002, sich bei verwaltungsexternen Verhandlungen wie der Tarifbildung darauf zu beschränken, politische Zielvorgaben zu setzen, selbst aber keine Moderation vorzunehmen.

2. Allgemeine Bemerkungen zur Evaluation

Zweifellos wurde bis anhin eine beträchtliche und wichtige Arbeit durch die EFK geleistet, welche wir grundsätzlich begrüssen und für die wir uns bedanken. Wir erachten jedoch die von der EFK als endgültig bezeichneten Berichte als zu wenig ausgereift und damit noch verbesserungsfähig. Unsere Kritik bezieht sich auf die folgenden Aspekte:

2.1 Die Evaluation der Tarifgenehmigung rückte in den Vordergrund, was zu Lasten der Evaluation des TARMED geht

Ursprünglich war eine Evaluation des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) bezüglich der Tarifgenehmigungen kein Thema (vgl. Konzept Evaluation TARMED vom 2. Juli 2008). Dass im Rahmen der Arbeiten der EFK vor allem das Thema Tarifgenehmigung ins Zentrum rückte, ist zwar nachvollziehbar und an sich noch kein Problem. Nichtsdestotrotz entspricht unseres Erachtens die Vorgehensweise der EFK nicht den gewohnten bzw. erwarteten Abläufen, was wir bedauern. Wenn Arbeiten des BAG im Auftrag des EDI bzw. Bun-

¹ Vgl. z.B. Bundesratsentscheid vom 1. Juli 1998 i.S. Nichtbeitritt zu einem Tarifvertrag, RKUV 5/1998, Erw. II.2

² Vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (S. 88) sowie unveröffentlichten Bundesratsentscheid vom 14. April 1999 i.S. Tarif ambulante Behandlungen

³ Vgl. z.B. Bundesratsentscheid vom 15. Januar 1997 i.S. Ärztetarif, RKUV 2/1997, Erw. II.8 und II.9

desrates Evaluationsgegenstand werden bzw. sind, wäre eine ausführliche bilaterale Diskussion notwendig gewesen, und zwar vor, während und nach der Evaluation. Zudem hat eine Evaluation der Arbeiten des BAG kaum im Rahmen einer Begleitgruppe, in der zahlreiche Interessenvertreter anwesend sind, zu erfolgen. Umso mehr ist es nun zwingend notwendig, dass die Ausführungen der EFK den geltenden rechtlichen Rahmen und die damit verbundenen Rollen und Aufgaben bei der Tarifbildung (vgl. Ziffer 1) korrekt wiedergeben und diese Ausgangslage in der Evaluation auch berücksichtigen. Wir begrüßen die Absicht, die Evaluation umfassend angehen zu wollen. In ihren Arbeiten verlässt die EFK jedoch teilweise die Ebene des TARMED und begibt sich auf die Diskussionsebene des KVG. Dabei besteht die Gefahr, das eigentliche Thema aus den Augen zu verlieren. In den Berichten sind Themen bzw. Aussagen vorzufinden, die u. E. mit einer Evaluation TARMED kaum vereinbar sind. Es ist beispielsweise nicht nachvollziehbar, wieso die EFK bei der endgültigen Version (vgl. z.B. „Mise à jour de TARMED“) plötzlich noch eine ungeprüfte Beurteilung über die Revision der Analysenliste hinzufügt.

2.2 Die Sachlichkeit und Nachvollziehbarkeit steht zu wenig im Vordergrund

Eine Durch- bzw. Vermischung von verschiedenen Themen sowie von Fakten und Meinungen erfolgt in den Berichten an mehreren Stellen. Auch bleibt der Kontext von einigen Aussagen insbesondere für Dritte kaum nachvollziehbar. Die Sachlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Aussagen ist aus folgenden Gründen verbesserungsfähig:

- Teils werden Einschätzungen, Ansichten und Thesen der EFK nicht als solche bezeichnet und könnten als Feststellungen wahrgenommen werden.
- Ideen werden bereits als Empfehlungen bezeichnet. Empfehlungen sind u.E. zurzeit jedoch verfrüht (vgl. auch Ziffer 3).
- Aussagen in Bezug auf das KVG werden mit Aussagen in Bezug auf TARMED vermischt. Die Abgrenzung zwischen gesetzlicher Grundlage (KVG) und Tarifbereich (Vertragstarif TARMED) wird ungenügend vorgenommen.
- An wichtigen Stellen fehlen Abgrenzungen und Erläuterungen.
- Im Grundsatz unabhängige Verfahren und Prozesse werden vermischt (betrifft insbesondere das Verfahren zur Zulassung von ärztlichen Leistungen und das Tarifgenehmigungsverfahren).
- Bedauerlicherweise wurden unzutreffende Aussagen beibehalten und weitere hinzugefügt.
- Zeitweise bleibt im Kapitel Schlussfolgerungen unklar, wie sich darin enthaltene Aussagen aus dem Bericht herleiten lassen. Allgemein erkennen wir insbesondere im Kapitel Schlussfolgerungen einen beträchtlichen Modifikationsbedarf.
- Das BAG wird an einigen Stellen nicht von der Genehmigungsbehörde (hier Bundesrat) unterschieden. Dass das Genehmigungsverfahren - in Bezug auf die Tarifstruktur - ein Bundesratsgeschäft ist, wird ausser acht gelassen (vgl. auch Ziffer 2.3).

Konkrete Beispiele zu diesen allgemeinen Bemerkungen haben wir der EFK bereits mit der Stellungnahme vom 13. August 2010 beigelegt. Sie haben immer noch Bestand. Selbstverständlich sind wir gerne bereit, unsere Auswertung der Berichte der EFK im Detail zu erläutern.

2.3 Vertrauliche Unterlagen und Informationen werden offengelegt

Wir sind davon ausgegangen, dass die EFK die vertraulichen Unterlagen und die Informationen aus dem Genehmigungsverfahren mit der nötigen Sorgfalt behandelt. Dass trotz Hinweis in der Stellungnahme vom 13. August 2010 Informationen und ansatzweise Prüfungsdetails aus dem Genehmigungsverfahren an Aussenstehende - dazu zählen wir auch die Begleitgruppe - gelangen, können wir nicht nachvollziehen und nicht zulassen, dies weil:

- nach Artikel 22 des Bundespersonalgesetzes vom 24. März 2000 (BPG) die Angestellten des Bundes grundsätzlich dem Berufsgeheimnis, dem Geschäfts- und dem Amtsgeheimnis gegenüber bundesexternen Stellen unterstehen;
- das Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung vom 17. Dezember 2004 (BGÖ) den Bundesrat - als eigenständige Behörde und nicht als Teil der Verwaltung - vom Geltungsbereich ausschliesst. Ungeachtet dessen, gilt das BGÖ nicht für

Dokumente, die vor Inkrafttreten des BGÖ am 1. Juli 2006 erstellt worden sind (Art. 23 BGÖ) und nicht für Dokumente die Geschäfts-, Fabrikations- oder Berufsgeheimnisse beinhalten (Art. 7 Abs. 1 Bst. g BGÖ);

- aus prüfungstechnischer Sicht die Prüfungsdetails und die Prüfungsmethodologie nicht an die zu Prüfenden gelangen dürfen, da sonst eine Schwächung des präventiven Effektes erfolgt. Beispiele von vertraulichen offengelegten sensiblen Informationen haben wir mit der Stellungnahme vom 13. August 2010 der EFK zukommen lassen;
- die EFK, ungeachtet einer allfälligen Geheimhaltungspflicht, nach Artikel 10 Absatz 1 des Finanzkontrollgesetzes (FKG) berechtigt ist, Auskunft zu verlangen und insbesondere in die Akten Einsicht zu nehmen. Dass vertrauliche Informationen jedoch einer Begleitgruppe und der Öffentlichkeit preisgegeben werden können, ist aus dem FKG nicht ersichtlich.
- im Konzept Evaluation TARMED für die Prozessanalysen angemessenerweise von einem internen Teilbericht die Rede war.

Korrekterweise werden in der Bibliographie zu den Berichten der EFK vertrauliche Dokumente grundsätzlich nicht zitiert. Dennoch sind Informationen daraus in den Texten der EFK wiederzufinden. Der Grund der Offenlegung findet sich in den EFK Berichten nicht. Die EFK hat, trotz Hinweis des BAG, auf die Offenlegung von vertraulichen Dokumenten bzw. Informationen nicht verzichtet. Eine Begründung blieb trotz Anfrage in der Stellungnahme vom 13. August 2010 aus. Auch diesbezüglich entspricht unseres Erachtens die Vorgehensweise der EFK nicht den gewohnten bzw. erwarteten Abläufen, was wir sehr bedauern.

3. Rückmeldung zu den Empfehlungen

3.1 Nicht nachvollziehbare Vorgehensweise

Vorab können wir den neuen Formulierungen betreffend die ersten Sätze der Empfehlungen 1,2,3,5 und 6 im Schlussbericht nicht zustimmen. Der Umweg ist nicht nachvollziehbar, dass die EFK dem BAG empfiehlt, dem Bundesrat und den Eidgenössischen Räten die Empfehlungen der EFK zu empfehlen. Die EFK hat u. E. diesen Gremien ihre Anliegen direkt vorzuschlagen.

Die Konzeption des von der EFK mitgelieferten Empfehlungsübersichtsformulars an das BAG für die Stellungnahme der endgültigen Berichte ist für uns ebenfalls nicht nachvollziehbar. Das Formular verlangt implizit unser Einverständnis zu den Empfehlungen der EFK, obwohl wir der EFK mit Stellungnahme vom 13. August 2010 bereits mitgeteilt haben, dass wir diese als Ideen und Ansätze werten, insbesondere da der Bericht als Grundlage für Empfehlungen auf Stufe Gesetze und Verordnungen unausgereift ist. In diesem Formular werden die Nennung von zuständigen Personen und Fristen bis zur Umsetzung verlangt. Zusätzlich soll der Direktor des BAG die Angaben visieren. Dazu gilt es zu betonen: Kompetent sind hauptsächlich der Bundesrat oder die Eidgenössischen Räte. Von Amtes wegen lassen sich diesen Gremien wohl kaum Fristen, insbesondere nicht durch das BAG, setzen. Zusätzlich ist auf dem Formular eine Stellungnahme seitens BAG zu den endgültigen EFK Berichten inklusive dessen Schlussfolgerungen nicht vorgesehen. Dieses Formular als Format der Stellungnahme für das BAG erachten wir als ungeeignet und erlauben uns, dieses durch die vorliegende Stellungnahme zu ersetzen.

3.2 Voreilige Empfehlungen

Empfehlungen zu Massnahmen setzen solide Grundlagen und vor allem Ziele voraus. Wenn sich die Empfehlungen an eine Revision des KVG sowie KVV richten, müssten die empfohlenen Massnahmen auch die Ziele des KVG anvisieren bzw. sollte aufgezeigt werden können, wie diese Empfehlungen zur Zielerreichung beitragen. Diese Massnahmen sollten auch mit Vor- und Nachteilen aus unterschiedlichen Perspektiven analysiert werden. Der Evidenzbezug der Empfehlungen ist für uns nur schwer ersichtlich, insbesondere könnten die Empfehlungen dahingehend interpretiert werden, dass indirekt die Einführung eines Amtstarifes erwünscht wird. (vgl. Ziffer 3.3).

Es gilt zu berücksichtigen, dass die Tarifpartner und die Tarifverträge die Gesetze und Verordnungen einzuhalten haben und nicht umgekehrt. Das TARMED-Modell ist jedoch nur eines von möglichen Modellen einer Einzelleistungsstruktur und nicht der einzige Tarifvertrag. Die Gesetze und Verordnungen

gen gelten für alle Tarifverträge nach KVG als Rahmen. Nun wird nach unserer Stellungnahme vom 13. August 2010 in den EFK-Berichten festgehalten, dass sich die Empfehlungen nicht auf Tarife im Allgemeinen, sondern auf TARMED ausrichten und dies bei allfälligen Gesetzes- oder Verordnungsänderungen berücksichtigt werden soll. Eine spezielle „TARMED-Verordnung“ oder sogar ein „TARMED-Gesetz“ sehen wir als systemfremd an. Der Unterschied zu einem Amtstarif ist kaum mehr ersichtlich (vgl. Ziffer 3.3).

3.3 Einige spezifische Bemerkungen zu den Empfehlungen

Empfehlung 1: Der Bundesrat wird aufgefordert, einzelne Parameter im TARMED selber festzusetzen. Anscheinend soll quasi eine „TARMED-Verordnung“ erlassen werden. Eine solche Vorgehensweise ist ein massiver Eingriff in den Tarifvertrag bzw. ins Tarifmodell und mit der geltenden Tarifautonomie nicht vereinbar. Auch ist die Wortwahl „konkrete Grundsätze“ teils widersprüchlich. Gesetz und Verordnung sind der Rahmen für die Tarifverträge. U.E. sollten die Tarifpartner von der EFK vorerst auf evaluatorisch festgestellte Mängel aufmerksam gemacht werden, bevor eine Abkehr von der Tarifautonomie vorgeschlagen wird. TARMED ist heute ein Einzelleistungstarif, der von den Leistungserbringern und Versicherern ausgearbeitet, vereinbart und gepflegt wird. Diese sind auch für die Umsetzung und Pflege des TARMED zuständig. TARMED ist kein Amtstarif, sondern ein Projekt der Tarifpartner aus dem Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Militärversicherungsbereich (FMH, H+, santésuisse, MTK, IV und MV). Die Tarifpartner sind infolgedessen auch für die Handhabung des Tarifes zuständig und sollten auch im Wesentlichen Feedbackpartner einer allfälligen Evaluation TARMED sein.

Empfehlung 3: Wenn die Verrechnung von Analogieposition verboten werden soll, dann müsste konsequenterweise eine Positivliste der ärztlichen Leistungen eingeführt werden. Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sein (Art. 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, KVG; SR 832.10). Für ärztliche und chiropraktische Leistungen sieht das KVG keine Positivliste vor. Vielmehr wird der Pflichtleistungscharakter von diagnostischen und therapeutischen Leistungen implizit vermutet (Vertrauensprinzip). Sind die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Leistung nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen erfüllt, legt das EDI fest, dass die Kosten dieser Leistung nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen zu übernehmen sind (Art. 33 KVG). Ein positiv formulierter Leistungskatalog besteht hingegen für die nichtärztlichen Leistungen. Im Jahr 2008 hat die Parlamentarische Verwaltungskontrolle im Auftrag der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates (GPK-NR) den Prozess der Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eingehend analysiert und in diesem Rahmen auch die Frage der Positiv- bzw. Negativliste geprüft. Gemäss diesem Bericht bräuchte eine echte Positivliste für ärztliche Leistungen einen grossen Verwaltungs- und Evaluationsaufwand mit sich, da ein System mit Tausenden von Positionen gewartet und angesichts des medizinischen Fortschritts ständig aktualisiert werden müsste. Dafür müssten sämtliche Leistungen je bezogen auf verschiedene Indikationen pro Leistung bezüglich WZW bewertet werden. Die GPK-NR empfahl im Januar 2009 dem Bundesrat, von einem Systemwechsel abzusehen und stattdessen das bestehende System zu optimieren (BBI 2009 5577). Der Bundesrat hat sich dieser Beurteilung angeschlossen (BBI 2009 5649). Die Empfehlung schiesst daher über das Ziel hinaus. Zudem geht es vorliegend eigentlich um die Problematik, wie vorgegangen werden soll, wenn sich die Tarifpartner über die Tarifierung einer Leistung nicht einig sind. Insofern ist die Empfehlung 2 ausreichend.

Empfehlung 4: Der Preisüberwacher soll in die TARMED Suisse integriert werden. Wir gehen davon aus, dass der Preisüberwacher von der EFK begrüsst wurde und selbst Stellung nimmt. Wir fügen einzig hinzu, dass im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nach Artikel 46 Absatz 4 KVG eine objektive Unabhängigkeit aller Beteiligten im Prüfprozess gewährleistet werden sollte.

Empfehlung 5: Das Ziel dieser Empfehlung bleibt letztlich vage und hängt letztlich auch davon ab, welche Rolle der Bund, die Tarifpartner und Versicherer übernehmen sollen. Im heutigen System ist

die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle Sache der Versicherer, die Vereinbarung der Tarife Sache der Leistungserbringer und Versicherer.

Empfehlung 6: Die Rechnungen sollen vereinfacht werden. Artikel 42 KVG und Artikel 59 KVV geben den Rahmen für die Rechnungsstellung vor. Zudem hält Artikel 43 Absatz 1 KVG explizit fest, dass die Leistungserbringer ihren Rechnungen nach den Tarifen zu erstellen haben. Wenn schon, müsste also auch der Tarif vereinfacht werden bzw. die Empfehlung eine Vereinfachung des Tarifes verlangen. Der Bundesrat ist dementsprechend nicht der zutreffende Adressat.

Zusammenfassend gehen die Empfehlungen in Richtung mehr Eingriffe seitens Eidg. Räte und Bundesrat bzw. der Behörden. Keine der Empfehlungen richtet sich an die Urheber des TARMED. Die im heutigen System der Tarifautonomie zuständigen Tarifpartner erhalten keine Rückmeldung seitens EFK und werden unmittelbar mit Ideen zu regulatorischen Eingriffen konfrontiert. Die Empfehlungen könnten als implizite Einführung einer Amtstarifstruktur und damit als massive Beschneidung der Tarifautonomie ausgelegt werden. Ob diese Handhabung gewollt ist, ist eine politische Frage und nicht durch das BAG - insbesondere nicht auf der Grundlage der vorliegenden Berichte - zu entscheiden. Zur Rolle des Bundes im Rahmen der Tarifautonomie weisen wir auf die Ziffer 1 hin.

Wir halten abschliessend fest, dass wir eine weitere Überarbeitung der Berichte vor einer Publikation als zwingend notwendig erachten.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Der Direktor

Pascal Strupler



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association

Schlussbericht zur Evaluation TARMED durch die EFK – Beibericht FMH –

Präambel

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) evaluierte seit Juni 2008 die TARMED-Tarifstruktur und orientierte sich dabei an fünf Hauptfragen:

1. In welchem Ausmass wurden die verbesserte Transparenz, die Aufwertung der intellektuellen ärztlichen Leistungen sowie Einhaltung der Kostenneutralität mithilfe des TARMED erreicht?
2. Entsprechen die TARMED-Vergütungen der Kostenrealität?
3. Falls die Vergütungen zu tief oder zu hoch bewertet sind, welches sind die möglichen
4. Wirkungen?
5. In welchem Ausmass ist die Tarifpflege für TARMED zuverlässig und zeitgerecht?
6. Sollte der Bund im Prozess der Tarifpflege aktiver oder zurückhaltender sein?

Die Ärzteschaft stand dem Projekt «Evaluation TARMED» der EFK von Anfang an positiv gegenüber und beteiligte sich daran. Anhand von elf Fallbeispielen erarbeitete INFRAS im Auftrag der EFK die Datenbasis zur Abbildung der Kostenrealität. Die überprüften Fallbeispiele betreffen die medizinischen Fachgesellschaften der Hausärzte (SGAM, SGIM), der Gynäkologen (SGGG), der Hals-Nasen- Ohren Ärzte (SGORL) sowie der Augenärzte (SOG). INFRAS hat mittels Expertengesprächen unter Einbezug der beteiligten Tarifpartner inklusive Fachgesellschaften und der Ärztekasse die Fallbeispiele evaluiert und differenziert und umfassend analysiert – mit beeindruckendem Resultat! Des Weiteren unterstützten von Seiten der Ärzteschaft Experten der FMH und der Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA/CCM) die EFK bei Fragen zur Kostenneutralität und zur Tarifstruktur.

Die Analyse und die daraus gewonnenen Resultate sind nachvollziehbar. Was aber im Schlussbericht daraus gemacht wird, ist auf Grund der faktengestützten Ergebnisse der INFRAS Analysen nicht wiederzuerkennen. Die Schlussfolgerungen und insbesondere die Empfehlungen sind vorwiegend politische Aussagen, ohne faktenbasierte Relevanz. Der Bericht der EFK ist deshalb für die Ärzteschaft in der vorliegenden Form nicht akzeptabel und muss zur Überarbeitung zurückgewiesen werden!

Der in „süffigem“ Ton abgefasste Schlussbericht legt ausserdem den Verdacht nahe, dass die Schlussfolgerungen wohl schon vor der Evaluation feststanden. Insgesamt sind alle Beteiligten enttäuscht, dass aus dieser mit grossem Aufwand und erheblichen Ressourcen durchgeführten Studie

Elfenstrasse 18, Postfach 170, CH-3000 Bern 15
Telefon +41 31 359 11 11, Fax +41 31 359 11 12
info@fmh.ch, www.fmh.ch

FOEDERATIO MEDICORUM HELVETICORUM



Schlussbericht zur Evaluation TARMED durch die EFK – Beibericht FMH –

substantiell ein so unbefriedigendes Fazit resultiert. Der Schlussbericht der EFK ist für uns ein Lehrbeispiel dafür, dass man trotz Einbindung der Ärzteschaft in die Evaluation, diese letztlich nicht ernst nimmt.

Die FMH sowie alle Beteiligten und Experten nehmen im nachfolgenden Bericht differenziert Stellung zu den einzelnen Resultaten der Erhebungen der EFK.

Beibericht zur Evaluation der EFK

Der Evaluationsbericht der Eidgenössischen Finanzkommission (EFK) zeigt viele ausgesprochen positive Resultate der partnerschaftlich entwickelten Tarifstruktur TARMED auf:

- *26 veraltete kantonale Tarife sowie der UV/MV/IV-Tarif konnten mit einem Schlag durch die Tarifstruktur TARMED abgelöst werden. Grundlegende korrigierende Eingriffe waren bis heute nicht nötig.*
- *Drei der fünf Fragestellungen der EFK konnten positiv beantwortet werden, so die verbesserte Transparenz, die kostenneutrale Einführung und die Kostenrealität der Tarifstruktur.*
- *Die elf von INFRAS evaluierten Fallbeispiele und damit der Kern und die Grundlage der faktenbasierten Evaluation zeigen auf, dass die Kostenrealität in fünf Fallbeispielen als eher zu tief und lediglich in drei Fallbeispielen als eher zu hoch einzustufen ist. Die Breite der Analysen, aber auch die Fülle des analysierten Datenmaterials zur praktischen Tarifierung ist beeindruckend. Die weitgehend wegweisende Evaluation der INFRAS klärt nicht nur die Frage der Kostenrealität, sondern zeigt auch, welcher Aufwand für eine sachgerechte Tarifierung betrieben werden muss. Die fünf als zu tief eingestuften Fallbeispiele bilden über 50% des gesamten TARMED-Umsatzes der Arztpraxen ab!*
- *Die Analyse und die Antworten auf die Fragestellungen bezüglich Transparenz, kostenneutraler Einführung und Abbildung der Kostenrealität lassen die klare Schlussfolgerung zu, dass der TARMED mit Sicherheit keinen volkswirtschaftlichen Schaden verursacht.*

Der Bericht dokumentiert auch deutlich die von der Ärzteschaft seit langem monierten Schwachstellen der Tarifstruktur:

- *Die vom Preisüberwacher angeordnete Halbierung der letzten fünf Minuten der Konsultationstaxe hat erhebliche Auswirkungen für die Grundversorger und stellt diese ungewollt schlechter als die Spezialisten. Damit wird klar, dass mit den Eingriffen an der Tarifstruktur einzig die Verhältnisse der Spezialitäten unter sich, nicht aber die Kosten beeinflusst werden.*
- *Von einzelnen Tarifpartnern vorgängig geforderte Kostenlimitierungen für die Revision der Tarifstruktur verhindern eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Weiterentwicklung und Revision des TARMED. Die FMH und H+ als Vertreter der Leistungserbringer haben deshalb die Revision der Struktur selber in Angriff genommen.*

Trotz der erwähnten positiven Resultate müssen aber die nicht faktenbasierten und rein politischen Aussagen sowie Empfehlungen des EFK-Berichts deutlich kritisiert und in ihrer Form und ihrem Inhalt abgelehnt und zurückgewiesen werden.

- *Unverständlich bleibt die in der ganzen Evaluation ständige Vermischung von TARMED als Tarifstruktur und dem kantonal angewendeten Tarif, obwohl diesbezüglich das KVG absolut klare Aussagen macht.* Während die Tarifstruktur national einheitlich zu sein hat und der Genehmigung des Bundesrates unterliegt, ist die Genehmigung des KVG-Tarifs in Form des Tarifvertrages Sache der Kantone und hat nichts mit TARMED oder TARMED-Suisse zu tun. Die Genehmigungsbehörde für KVG-Tarifverträge sind die Kantonsregierungen. Das Bundesverwaltungsgericht ist Rekursinstanz. Der Preisüberwacher ist anzuhören, Abweichungen von seinen Empfehlungen sind zu begründen. TARMED ist eine TARIFSTRUKTUR und einzig und allein als solche vom Bundesrat zu genehmigen. Die Absicht der Empfehlungen des EFK-Berichts zielen aber darauf ab, die Tarifautonomie der Partner auszuhöhlen und mit dem Entzug der föderalen Kompetenzen durch den Bund den TARMED-Tarif de facto als Amtstarif in das BAG zu überführen.
- *Der Vergleich von TARMED mit dem eidgenössischen Labortarif ist unpräzise und tendenziös!* Zwei vollständig unterschiedliche Tarifentwicklungen werden ohne adäquate Evaluation und Überprüfung der revidierten Analysenliste miteinander verglichen. Im betreffenden Teilbericht übernimmt die EFK Aussagen des BAG und stellt diese als eigene Schlussfolgerungen dar. Dabei unterschlägt sie wichtige Kritikpunkte des Untersuchungsberichtes der GPK-NR (Empfehlungen an den Bundesrat vom 5.9.2009).

Die Empfehlungen der EFK zeigen wenig Realitätssinn und sind trotz erheblichen Ressourcen und grosszügigem Zeitbudget enttäuschend wenig auf Zahlen und Fakten abgestützt:

1. *Der BR soll seine gesetzliche Kompetenz besser nutzen und Grundsätze für die Anpassung der Tarife aufstellen.*
Im Sinne einer strategischen Vorgabe ist diese Empfehlung durchaus akzeptabel. Allerdings müssten dann im Sinne der Rechtsgleichheit auch die Tarife und Verträge mit den übrigen Leistungserbringern nach KVG dieser Empfehlung unterstellt werden. Ein Sonderfall TARMED ist inakzeptabel!
2. *Bei fehlender Einigung der Tarifpartner soll der Bundesrat vorläufige Tarifierungen durchsetzen.*
 - a. Diese Empfehlung ist als vollkommen oberflächlich und unausgegoren zu bewerten: Wer erhebt einen Sachverhalt zum relevanten Problem? Welches sind die Kriterien? Die von der EFK breit angeführte *Video-Kapselendoskopie* ist geradezu ein Paradebeispiel ohne jegliche Relevanz für das Gesamtvolumen: Weder gehen von dieser Position grosse Anreize aus, noch ist sie vom Volumen her von irgendwelcher Bedeutung.
 - b. Ausserdem kann es nicht sein, dass die Genehmigungsbehörde gleichzeitig abschliessende Festsetzungsinstanz ist!
3. *Die Verrechnung von Analogiepositionen ist zu verbieten. Provisorische Tariflösungen müssen rasch gefunden werden.*
Im ganzen Bericht ist keine Würdigung der umsatzmässigen und tarifrelevanten Bedeutung von Analogiepositionen zu finden. Die Würdigung wurde auch nicht mit der Begleitgruppe erarbeitet. Dieser Empfehlung fehlt es damit an jedem sachlichen Gehalt und sie widerspricht

ausdrücklich dem Genehmigungsentscheid des Bundesrates.

4. *Dem Preisüberwacher muss der Status eines Beobachters in Tarmedsuisse gewährt werden. Bei fehlender Einigung der Tarifpartner innert einer festgesetzten Frist soll er die problematischen Fälle dem Bundesrat zur vorläufigen Tarifierung weiterleiten.*
 - a. Die Aufgaben des Preisüberwachers (PüW) sind im Preisüberwachungs-Gesetz (PüG) abschliessend ausformuliert – wir finden dort keine Grundlage für eine solche Aufgabe für den PüW!
 - b. Dem Preisüberwacher wird in der Empfehlung der EFK eine aktive und prohibitive Rolle im Verhandlungsprozess zugewiesen. Dies sieht weder das PüG noch das KVG vor!
 - c. Unter diesem Aspekt müsste auf Grund der Gleichbehandlung der PüW in sämtlichen Gremien, die Tarife und Gebühren festlegen, Einsitz nehmen.

5. *Das BAG soll ein Konzept für die statistische Analyse der verrechneten Leistungen erarbeiten und vom Bundesrat genehmigen lassen*

Wir sind erstaunt über diese Empfehlung, hat doch das Parlament genau diese Aufgabe bereits mit Art. 22a dem Bundesamt für Statistik (BFS) zugewiesen. Kontakte zwischen der Ärzteschaft und dem BFS zur Umsetzung des Art. 22a haben schon stattgefunden.

6. *Der Bundesrat muss sicherstellen, dass die Möglichkeit der Rechnungskontrolle durch den Patienten gewährleistet ist, so wie es das KVG vorschreibt.*

Das Anliegen ist grundsätzlich berechtigt. 70% der Patienten geben in der letzten sondage santé der santésuisse an, die Arztrechnungen zu kontrollieren. Die Forderung der EFK hat jedoch nichts mit der Tarifstruktur TARMED zu tun, sondern mit dem KVG und muss demnach ebenso für Apothekerrechnungen und ambulante Spitalrechnungen sowie die Rechnungen von Zahnärzten zu Lasten der Sozialversicherung, gelten.

Schliesslich möchten wir noch darauf hinweisen, dass die EFK in ihrem Bericht mit unpräzisen Formulierungen immer wieder versucht, die von ihr gewünschten Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu untermauern:

- In der Einleitung zählt die EFK unter der Zielerreichung des TARMED fünf Ziele auf, obwohl sie nur drei so genannte Ziele evaluiert hat und die anderen beiden Ziele eigene Fragestellungen sind.
- Bei der Rolle des PüW vergisst die EFK scheinbar, dass ausgerechnet der Eingriff des PüW in die Bewertung der „letzten 5 Minuten“ zur Unterbewertung geführt hat – ein Eingriff, den die EFK selbst in der Evaluation des FB 1 als wesentlich erachtet.
- Im Fazit zum Kapitel über die Kostenrealität (S. 41) wurden die Ergebnisse der Analyse der Fallbeispiele durch die INFRAS wohlweislich ausgeblendet.
- Graphik S. 55: Durch geschicktes Weglassen additiver Leistungspositionen in den alten Tarifen überhöht die EFK bewusst die Abgeltung länger dauernder Konsultationen im TARMED.
- Die Untersuchung und damit die quantitative Gewichtung vieler Feststellungen fehlt.
Beispiele:
 - Grosse Handlungsspielraum der Ärzteschaft bei der Fakturierung
 - Verrechnung von Analogie-Positionen

Schlussbericht zur Evaluation TARMED durch die EFK – Beibericht FMH –

- Gefährliche Auswirkungen der verzögerten Revision TARMED 2010
- Der Spitalsektor mit 40% Anteil am Abrechnungsvolumen TARMED – er ist in den letzten Jahren am stärksten gewachsen – wird nur am Rand erwähnt: Die im Gegensatz zu den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten fehlende Kostenneutralität bei Einführung des ambulanten Spitaltarifs und die im Gegensatz zur freipraktizierenden Ärzteschaft bis heute fehlende Kostensteuerung werden nicht erwähnt und nicht bewertet.
- Als Titel des Hauptberichts wurde von der EFK „Der Arzttarif TARMED“ gewählt. Dieser Titel ist in mehrerer Hinsicht falsch und suggestiv:
 - TARMED ist kein Tarif, sondern im Sinne der Gesetze eine TARIFSTRUKTUR
 - TARMED ist kein Arzttarif, sondern ein Katalog ärztlicher und technischer Leistungen. Dieser wird nicht nur für Leistungen der freipraktizierenden Ärzteschaft, sondern ebenso für Institutionen (Spitäler) angewendet.
 - Als Tarifstruktur definiert TARMED die Relationen der Leistungen untereinander, aber nicht deren Preis. Dieser ergibt sich erst aus der Multiplikation mit dem Taxpunktwert des Tarifvertrages, einem im KVG der kantonalen Genehmigung unterstellten Vertragswerk. Dies kommt im vorliegenden Bericht nicht klar zum Ausdruck.

FMH

Dr. med. Jacques de Haller
Präsident

Dr. med. Ernst Gähler
Vizepräsident



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse
Römersstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Eidgenössische Finanzkontrolle EFK
Herr E. Sangra
Herr C. Courbat
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

Für Rückfragen:
Verena Nold
Direktwahl: +41 32 625 4253
Verena.Nold@santesuisse.ch

Solothurn, 22. Oktober 2010

Stellungnahme santésuisse zu den Empfehlungen der eidgenössischen Finanzkontrolle „Evaluation TARMED“ung

Sehr geehrter Herr Sangra
Sehr geehrter Herr Courbat

Grundsätzlich befürwortet santésuisse die Empfehlungen der EFK. Die Problematik des TARMED liegt zur Zeit in der blockierten Entscheidungsfindung der TARMED Gremien. Einer politischen Gesamtverantwortung für einen zeitgerechten Tarif ist einem reinen Durchsetzen der Klientelinteressen gewichen. Aufgrund der statutarisch geforderten Einstimmigkeit blockieren sich die Tarmed Tarifpartner bis zur vollständigen Untätigkeit. Dies obwohl die notwendigen „Stellschrauben“ erkannt und technisch die Korrekturen und Anpassungen durchzuführen wären. Es fehlt aber der politische Wille zum Konsens. Schon heute ist vorherschaubar, dass der EFK Bericht von einigen Tarifpartnern durch selektive Interpretation wieder nur für die eigenen Interessen „miss“-interpretiert wird.

Wir denken, die Empfehlungen der EFK liefern brauchbare Grundlagen, die Tarifdiskussion wieder zu versachlichen und evtl. durch den Beizug von Drittparteien (PüW) den Druck zu erhöhen und die Situation zu deblockieren. In diesem Sinne sind die Empfehlungen der EFK unseren Erachtens der erste Schritt in die richtige Richtung, in der Ausgestaltung aber noch verbesserungswürdig.

Empfehlung 1

1.1. Die bei der Berechnung der Minutage für Leistung von Spezialisten zu beachtende Bedingung

Grundsätzlich ist santésuisse hier einverstanden. Es stellt sich die Frage, woher die empfohlenen Standards übernommen werden können. Der Aufwand, dieses Expertenwissen aufzubauen, ist erheblich (Fachexperten aus allen Fachrichtungen inkl. Subspezialisierung bei allen Tarifpartnern und zusätzlich Kenntnisse in Betriebswirtschaft, Medizinischer Tarifierung usw. Parität ist hier wichtig, weil zur Zeit das gegenseitige Vertrauen der Tarifpartner minimal ist.

1.2. Die bei der Berechnung von Produktivitätsfaktoren zu beachtenden Faktoren

Hinweis: zusätzlich ist die Produktivität an Sollvorgaben zu knüpfen.

1.3. Für kostspielige Technologie muss die Auslastung für die Berechnung der Vergütung bestimmt werden

Dies war eigentlich von den Entwicklern des TARMED unbestritten (WZW- Kriterien KVG). Wird aber von den Leistungserbringern zunehmend in Frage gestellt.

1.4 Für TARMED-Sparten sollte die Auslastung für die Berechnung der Vergütung bestimmt werden

Auch hier muss die Berechnung auf einer Vollauslastung basieren, um eben gerade Fehlansätze für falsche Investitionen zu verhindern (mangelhafte Geräteauslastung wegen zahlenmässigem Überangebot).

1.5. Gegebenenfalls und im Rahmen der Verfassungsinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ sollten die Mittel zur Stärkung der Grundversorgung überdacht werden

Die Empfehlung der EFK, die Position 00.0030 zu prüfen und evt. zu erhöhen, führt zu einem Tarif, welcher eben nicht die Hausärzte stärkt, sondern im Gegenteil sämtliche Leistungserbringer inkl. alle Spitäler und alle Spezialisten ebenfalls besser vergütet und somit die Einkommensdifferenz im Verhältnis zu den Mehrausgaben nur zu einem geringen Teil verbessert. Dies ist ein falscher Ansatz und führt nicht zu höherer Attraktivität des Hausarztes im Vergleich mit den Spezialisten. Besser hier die Dignitätsskala (quantitative Dignität) zu verflachen und die qualitative Dignität dem aktuellen Weiterbildungscurriculum anzupassen. Vor allem die Spezialisten profitieren von sogenannten „überhöhten Leistungen“. Diese Leistungen sind zum Teil höher abgegolten als vom Ausbildungscurriculum gerechtfertigt. Die Spezialisten profitieren eben doppelt: zum einen von ihrer tieferen Sparproduktivität und zum andern von einer höheren quantitativen Dignität (Sie haben den Fünfer und das Weggli). Zum Beispiel hat ein Spezialist im OP 1, falls er eine Leistung mit Dign 6 erbringt, einen Minutensatz AL von über 6 Franken. Entsprechende Vorschläge seitens santésuisse liegen vor.

Ergänzende Aussage zu der von den Leistungserbringern immer wieder eingebrachten Kritik der Tarifierung der letzten 5 Minuten. Hier muss nochmals mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass diese nicht von den Kostenträgern, sondern von der FMH selbst als Lösungsvorschlag gegenüber dem damaligen Preisüberwacher eingebracht (Kritik des PÜ am 5 Minutenintervall). Die konkrete Umsetzung mittels Reduktion auf 2.5 Minuten erfolgte auf Vorschlag des damaligen FMH-Präsidenten (Brief der FMH vom 12. Juli 1999 an den Preisüberwacher)

Empfehlung Nr. 2

Vorläufige Tarifierung durch den Bundesrat

santésuisse begrüsst diese Empfehlung. Aktuell sind tarifarische Grundsätze durch politische Machtspiele überlagert, d.h. jede Tarifierung wird nur mit Gegengeschäften aus anderen Tarifpositionen verhandelt. So bleibt die Tarifierung gemäss den Infra Normen (neue Leistungen können nicht mit GRAT tarifiert werden) auf der Strecke und die Tarifqualität leidet. Begrüssenswert auch, dass eine Drittpartei bei Nichteinigung der Tarifpartner eine vorübergehende betriebswirtschaftliche Bewertung einer Leistung vornimmt und diese in TARMED tarifiert. Somit entsteht der politische Druck zur zeitgemässen Anpassung des Tarifs auch bei den heutigen Profiteuren des status quo (dies betrifft abwechselnd alle Tarifpartner).

Fraglich bleibt aber die entsprechende Formulierung „wenn sich die Tarifstruktur als nicht mehr sachgerecht erweist, oder wenn Leistungen nicht oder ohne wirtschaftliche Bemessung tarifiert

werden, muss der Bundesrat provisorische Anpassungen festsetzen, falls sich die Parteien nicht einigen können".

Bei dieser Formulierung stellen sich mehrere Fragen. Wer legt fest, ob die Tarifstruktur noch sachgerecht ist (die Ansichten der Tarifpartner gehen diametral auseinander). Konsequenterweise müssten unzählige Tarifpositionen vom Bundesrat heute bereits bereinigt werden (Infrastrukturkosten, Minutage, Dignität, andere Modellgrundlagen GRAT / Infra usw.).

Empfehlung 3

Verbot von Analogieverrechnungen

Hier ist santésuisse mit den Empfehlungen völlig einverstanden. Falls das Tarifwerk nicht zu einem Selbstbedienungsladen verkommen soll, ist diesem Verbot unbedingt Nachachtung zu verschaffen. Es ist als generelle Interpretationsregel im TARMED schon vorausgesetzt.

Empfehlung 4

Gewährung des Status als Beobachter

santésuisse begrüsst eine aktivere Rolle des Preisüberwachers, siehe Kommentar Empfehlung 2

Empfehlung 5

Monitoring und Analysen

5.1 Die EFK empfiehlt dem BAG, eine Analyse der Minutage von ca. 30 Leistungen samt der tatsächlichen spartenweise Produktivitäten in Auftrag zu geben

Wird seitens santésuisse begrüsst. Die Datenlage bei den Spitälern hat sich mit Einführung der Kostenstellen/ -trägerrechnung in den Jahren seit Erschaffung TARMED deutlich verbessert. Auf der anderen Seite haben sich auch Eingriffszeiten deutlich verkürzt, gerade wegen moderner teurer Infrastruktur. Eine zeitgerechte Anpassung sowohl der TL- als auch AL-Parameter drängt sich auf.

5.2.

u. 5.3 Die EFK empfiehlt dem BAG, eine verlässliche Statistik der Entwicklung Ärzteneinkommen zu erstellen, inklusive Beschäftigungsgrad der Ärzte und Einkommensquellen wie Zusatzversicherungen

santésuisse begrüsst die Schaffung einer umfassenden Statistik des ambulanten Sektors. Auch in Ergänzung zur stationären Statistik des BfS, um zukünftige Verschiebungen zwischen diesen beiden Sektoren erfassen zu können (Gefahr mit Einführung DRG).

Sehr komplexe Materie. Wir empfehlen ein Treffen mit Vertretern von santésuisse (SASIS).

Empfehlung 5.4

Information an die Patienten

Rechnungskontrolle durch den Patienten: seitens santésuisse begrüßenswert. Aufwand und Nutzen muss aber angemessen sein (medizinisches Tarmed – Kompendium /Vademecum (1000 Seiten dürften kaum reichen).

„Die Empfehlung der Genehmigungsbehörde an die Tarifpartner, kantonal einheitliche Taxpunktwerte anzustreben, wurde auch acht Jahre später nicht befolgt. Es gibt auch heute noch keine konkreten Pläne, wie diese Empfehlung umzusetzen ist“

santésuisse versucht dies schon lange mit teilweiseem Erfolg.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Abteilung Vertragsverhandlungen

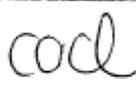


Verena Nold
Stv. Direktorin



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK)
Herr Claude Courbat
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

EFK
- 7. OKT. 2010 


Ort, Datum Bern, 6. Oktober 2010
Ansprechpartnerin Christine Gersching

Direktwahl 031 335 11 25
E-Mail christine.gersching@hplus.ch

Stellungnahme H+ zum EFK-Evaluationsbericht vom September 2010

Sehr geehrter Herr Courbat

Wir danken Ihnen für die Zusendung des Schlussberichts der EFK zur Tarmed-Evaluation vom September 2010, den wir mit grossem Interesse zur Kenntnis genommen haben.

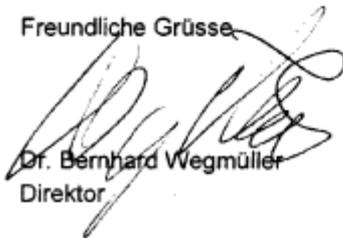
Grundsätzlich verweisen wir nochmals auf unsere Stellungnahme vom 9. August 2010, wo wir detailliert zum Berichtsentwurf und zu grundsätzlichen Fragen zu TARMED Stellung bezogen haben. Bezogen auf den Schlussbericht möchten wir Sie auf zwei, aus Sicht von H+ essentielle Punkte hinweisen:

1. Beim vorliegenden Evaluationsbericht handelt es sich bei den beigezogenen Fallbeispielen vorwiegend um eine Analyse von ärztlichen Leistungen, die in erster Linie in Praxen und weniger in Spitalambulatorien erbracht werden. Unserer Meinung nach sind die ausgewählten Fallbeispiele zu stark an Leistungen frei praktizierender Ärzte ausgerichtet und teilweise von der Auswahl her eher politisch denn sachlich begründet. Sie sind wenig repräsentativ für das Hauptvolumen der erbrachten Leistungen in Spitälern. Aus diesem Grund sind gewisse Schlussfolgerungen beispielsweise zur Kostenrealität aus Sicht von H+ zu präzisieren, wie bereits in unserer ersten Stellungnahme vom 9. August 2010 vorgeschlagen.

2. Zum Anstieg der Kosten im spitalambulantem Bereich wird im Abschlussbericht unter Punkt 5.4, Seite 75, explizit auf ein Communiqué vom 22.09.2010 von santésuisse hingewiesen und unserer Ansicht nach eine einseitige Darstellung der Spitäler als Kostentreiber im ambulanten Bereich vorgenommen. Dabei wird aus Sicht von H+ übersehen, dass einerseits der Anstieg ambulanter Spitalleistungen ein von den Patienten und allen Partnern im Gesundheitswesen gewünschter Effekt ist. Andererseits verläuft diese Entwicklung seit Jahren konstant und wurde – wie im Schlussbericht korrekt dargestellt – durch TARMED eher gedämpft. In der Beilage senden wir Ihnen eine Medienmitteilung von H+ vom 7. September 2010, aus der der Zuwachs ambulanter Spitalleistungen in Höhe von 13,4 Prozent in drei Jahren zu ersehen ist. Um eine neutrale Darstellung der stark gewachsenen Nachfrage nach ambulanter Spitalmedizin vorzunehmen, fordert H+ die Entfernung des Zitats und den Verweis auf das Communiqué von santésuisse im Schlussbericht.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor



Caroline Piàna
Leiterin Geschäftsbereich Tarife, eHealth
Mitglied der Geschäftsleitung

Medienmitteilung H+ vom 7. September 2010, Ambulante Spitalleistungen: Zuwachs von 13,4 Prozent in drei Jahren

Geschäftsstelle TARMED Suisse



Eidgenössische Finanzkontrolle
Herr Michel Huissoud
Vizedirektor
Monbijoustr. 45
CH-3003 Bern

Bern, 30.09.2010

Stellungnahme TARMED Suisse zum Schlussbericht « Evaluation TARMED »

Sehr geehrter Herr Huissoud

Das Leitungsgremium TARMED Suisse hat den Schlussbericht der EFK anlässlich seiner letzten Sitzung diskutiert. Zu Diskussionen Anlass gab der Vorschlag, den Preisüberwacher mit Beobachterstatus Einsitz im Leitungsgremium von TARMED Suisse nehmen zu lassen.

Die Vertragsparteien von TARMED Suisse sind der Ansicht, dass die Preisüberwachung aufgrund ihrer Stellung nicht in einem Gremium vertreten sein kann, deren Tarifstruktur sie letztendlich im Auftrag des Bundes überprüfen muss. Das Leitungsgremium ist aber der Meinung, ein früher Einbezug der Preisüberwachung und vor allem auch eine vertiefte Information über die Gründe bestimmter Tarifierungsentscheide könnten für alle Seiten von Vorteil sein. Aus diesem Grund würde es Sinn machen, die Preisüberwachung unmittelbar nach Vorliegen einer neuen Tarifversion direkt durch die Geschäftsstelle TAREMD Suisse zu informieren.

Wir hoffen, dass diese Änderung noch Aufnahme in Ihrem Bericht finden kann.

Freundliche Grüsse

TARMEDSuisse

Denise Rüegg
Präsidentin Leitungsgremium

Markus Baumgartner
Geschäftsführer

Kopie per Mail:

- Claude Courbat, Projektleiter, EFK Fachbereich "Wirtschaftlichkeitsprüfung & Evaluation"



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS
Direktion

CH-2010 Neuchâtel, BFS, 64 GESV **A-Priority**

Eidgenössische Finanzkontrolle
Herr Kurt Grüter
Direktor
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

FSK 1. 8381.316.00095.54
13. OKT. 2010 <i>LM</i>
<i>gka M7</i> <i>saem</i>

Referenz/Aktenzeichen: 14-53-00
Ihr Zeichen:
Unser Zeichen: DAN / PHZ
Sachbearbeiter/in: Marco D'Angelo
Neuchâtel, 11. Oktober 2010

Stellungnahme

Schlussbericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle zur Tarmed-Evaluation

Sehr geehrter Herr Direktor

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme betreffend des Schlussberichts zur Tarmed-Evaluation. In „Empfehlung 5 – Monitoring und Analysen“ sind wir mit den Empfehlungen an den Bundesrat betreffend Statistik im Grundsatz einverstanden. Wir gestatten uns, Ihnen im Folgenden einige Überlegungen und Präzisierungen zu unterbreiten.

a) Analysebedürfnisse zur Tarifstruktur

Für die Überprüfung der betriebswirtschaftlichen Berechnung von Tarmed-Positionen empfiehlt die Eidgenössische Finanzkontrolle die Analyse der Minutagen und wenn nötig deren Neubewertung, sowie die Erstellung einer Statistik für die Entwicklung der Ärzteneinkommen. Wir erlauben uns die Präzisierung, dass die Erarbeitung der Grundlagen für die Analyse der Minutagen Aufgabe der Tarifpartner ist.

Die Erhebung zum Ärzteneinkommen muss im Zusammenhang mit den Vorgaben des KVG Art. 22a betrachtet werden. Koordination der Erhebungstätigkeit, Kohärenz der Daten und Beschränkung des Erhebungsumfangs bei den Ärzten sollten im Bericht erwähnt werden. Diese Vorgaben sind notwendig, um keine Konfusion zu verursachen und den möglichen Widerstand aufgrund der heiklen Informationsangaben so tief als möglich zu halten.

b) Zentralisierung der Daten zu den ambulanten Leistungen beim Bundesamt für Statistik

Grundsätzlich unterstützen wir die Empfehlung, die bestehenden Datensammlungen der Tarifpartner für die Tarifpflege zu analysieren. Auch ist eine Zentralisierung der sich als nützlich erweisenden Datenquellen beim BFS zu begrüßen. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass das KVG die Datenlieferungspflicht nicht auf diese Datensammlungen erstreckt. Sie können nur im Falle einer freiwilligen Vereinbarung mit den Tarifpartnern entsprechend zentralisiert und genutzt werden.

Bundesamt für Statistik BFS
Jürg Marti
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel
Tel. +41 32 71 36001, Fax +41 32 71 36002
Juerg.Marti@bfs.admin.ch
www.statistik.admin.ch

Ausserdem sollte die Zentralisierung mit den Vorhaben zum Aufbau einer Statistik zur ambulanten Gesundheitsversorgung koordiniert werden:

Zum Aufbau einer Statistik zur ambulanten Gesundheitsversorgung hat das Bundesamt für Statistik bereits Schritte eingeleitet und koordiniert sich mit dem Bundesamt für Gesundheit. Die Herausforderungen für die Realisierung von ambulanten Statistiken gelten hierbei auch für Tarmed-Leistungen:

- Umfang: Im ambulanten Sektor sind weit über 15'000 Ärzte tätig. Eine Vollerhebung bedeutet einen enormen Aufwand für die Erhebungsstelle und entsprechende Ressourcen müssen bereitgestellt werden.
- Systematik der Datenquellen (Ärztenschaft - Versichererdaten): Die Datensammlungen der Tarifpartner eignen sich nur beschränkt für die Aufsichtstätigkeit und die Statistik. Die erbrachten Leistungen der Ärzte beinhalten auch Leistungen unterhalb des Franchisebetrags oder sonstige Direktzahlungen. Die Versichererdaten sind je nach Finanzierer beispielsweise nur aus KVG- oder UVG-Optik komplett und detailliert. Ausserdem handelt es sich bei den Datensammlungen der Tarifpartner nicht um Vollerhebungen, weshalb die mögliche Verwendung im Hinblick auf die Aufsicht durch das Bundesamt für Gesundheit nach KVG und jene des Bundesamtes für Statistik nach Bundesstatistikgesetz einer Klärung bedarf.
- Klassifikation – Nomenklatur: Es bestehen unterschiedliche Definitionen für die Grundgesamtheit der Leistungserbringerguppen. Diese Abgrenzungsfragen führen je nach Datenverwendung zu Einschränkungen (KVG-Definitionen entsprechen nicht dem Betriebs- und Unternehmensregister, Vollständigkeit, etc.).

Aufgrund dieser Überlegungen begrüssen wir eine Zusammenarbeit für ein Konzept zur statistischen Analyse der Tarmed-Daten. Es sollten aber folgende Punkte beachtet werden:

- Die Regelung der Verantwortlichkeiten bei der Zusammenarbeit muss geklärt sein. Die „Empfehlung 1 – Erlass von klaren Grundsätzen“ ist für die Definition der statistischen Aussagen Voraussetzung.
- Die Lieferung von Daten zu ambulanten Leistungen ans Bundesamt für Statistik soll explizit auch über indirekte Erhebungen möglich sein, um den Handlungsspielraum nicht einzuschränken.
- Die Belastung der Befragten soll auf ein Minimum reduziert sein.

Mit freundlichen Grüssen

Bundesamt für Statistik BFS



Dr. Jürg Marti
Direktor



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement EVD
Preisüberwachung PUE

CH-3003 Bern_PUE

Eidgenössische Finanzkontrolle
Herr E. Sangra, Leiter Fachbereich
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

Ihr Zeichen: 1.8381.318.00095.42
Unser Zeichen: Fie / Jun
Kontakt: M. Jung

Bern, 20. September 2010

Der Arzttarif Tarmed – Evaluation der EFK Stellungnahme der Preisüberwachung

Sehr geehrter Herr Sangra
Sehr geehrter Herr Courbat

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 7. September 2010 samt Beilagen in vorgenannter Angelegenheit und nehmen zu Ihrer Evaluation im Rahmen der gewährten Frist gerne wie folgt Stellung:

Zum Bericht als solchem haben wir keine Bemerkungen mehr. Dasselbe gilt für die Teilberichte. Erlauben Sie uns bitte noch ein paar Anmerkungen zum Empfehlungsteil des Berichts (vgl. Kapitel 8):

Mit der Stossrichtung der vorliegenden Empfehlungen sind wir einverstanden. Wir hätten noch ein paar Änderungs- und Ergänzungsanträge zu den Empfehlungen 1, 2, 4 und 5 wie folgt (jeweils in roter Schrift):

Empfehlung 1

Mit der Empfehlung als solcher sind wir einverstanden. Wir schlagen folgende Ergänzungen vor:

1.3 Für kostspielige Technologien muss die Mindest-Auslastung für die Berechnung der Vergütung bestimmt werden. Es gilt zu verhindern, dass verschwenderisch kostspielige medizinische Technologien angeschafft werden.

Begründung: Mit dem Wort „Auslastung“ ist sicher die Mindest- oder Minimal-Auslastung gemeint. U.E. sollte die Formulierung jedoch so präzise wie möglich sein, weshalb wir vor-

Preisüberwachung PUE
Manuel Jung
Effingerstrasse 27, 3003 Bern
Tel. +41 31 322 21 01, Fax +41 31 322 21 08
manuel.jung@pue.admin.ch
www.preisueberwacher.ch

stehende Ergänzung vorschlagen. Erlauben Sie uns diesbezüglich noch den Hinweis, dass das von der aktuellen KVG-Rechtspraxis gestützte Modell zur Kalkulation stationärer Spitaltarife bereits heute eine Mindest- oder Soll-Auslastung für ganze Spitäler (von 85% oder 90%, je nach Spitaltyp) vorsieht, bei deren Nichterreichung die in Art. 49, Abs. 1 KVG (in seiner alten Version, welche noch bis zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung Anfang 2012 gilt) erwähnten Abzüge für „Betriebskostenanteile aus Überkapazitäten“ gemacht werden müssen (gemäss einer genau vorgegebenen Formel).

Zu den anrechenbaren Kosten für medizintechnische Grossgeräte existiert zudem ein Bundesratsentscheid vom 10. Mai 2000 betreffend Schaffhauser MRT-Tarif 1999, welcher in dieselbe Richtung weist wie Ihre Empfehlung 1.3, indem der Bundesrat letztinstanzlich verfügte, dass für die Tarifberechnung der vorgeschlagenen MRT-Mindestauslastung des Preisüberwachers zu folgen sei¹.

1.4 Für Tarmed Sparten sollte die Mindest-Auslastung für die Berechnung der Vergütung bestimmt werden. Es gilt, diejenigen Faktoren zu identifizieren, welche eine effiziente Praxis ausmachen sowie Gemeinschaftspraxen zu fördern, wenn sich diese als kostengünstiger erweisen. Es gilt Fehlanreize für falsche Investitionen zu verhindern.

Begründung: Vgl. Punkt 1.3.

1.5 Gegebenenfalls und im Rahmen der Verfassungsinitiative « Ja zur Hausarztmedizin » sollten die Mittel zur Stärkung der Grundversorgung durchdacht werden. Der Bundesrat könnte Ziele zu Höhe der Einkommensunterschiede zwischen Ärztegruppen formulieren. Eine mögliche Massnahmen könnten sein, die Dignitätsskala oder die damalige Halbierung der Vergütung für die Position 00.0030 neu zu prüfen.

Begründung: Die Tarifposition 00.0030 (Konsultation, letzte 5 Minuten) entspricht der Entschädigung für die *angebrochenen* letzten 5 Minuten einer Konsultation. Die Tarifierung entspricht genau der Hälfte der Tarifpositionen 00.0010 (Konsultation, erste 5 Min.) und 00.0020 (Konsultation, jede weitere 5 Min.). Damit wird die Tarifposition 00.0030 genau wie eine Konsultation von 2.5 Minuten Dauer entschädigt. Dies ist logisch und sachlich richtig, da die *angebrochene* letzte 5-Minuteneinheit einer Konsultation im Durchschnitt immer 2.5 Minuten dauert (manchmal dauert sie effektiv z.B. 1 Minute, ein anderes mal 4 Minuten). Zudem sei noch der Hinweis erlaubt, dass auch Spezialärzte die Tarifposition 00.0030 verwenden (wenn auch weniger als Grundversorger), es sich somit nicht um eine besonders geeignete Tarifposition handelt, um eine zielgerichtete Förderung der Grundversorger zu betreiben.

1.6 (neuer Punkt): Die Tarifpflege hat permanent zu erfolgen und insbesondere den vorgenannten Tarifierungsgrundsätzen Rechnung zu tragen. Es gilt zu verhindern, dass ein Tarif jahrelang kaum gepflegt wird, was dann plötzlich eine aufwändige Gesamtrevision notwendig macht.

Begründung: U.E. ist die permanente Pflege einer Tarifstruktur ein wichtiger Grundsatz, damit diese die Wirtschaftlichkeits- und Zweckmässigkeitskriterien des KVG *ständig* erfüllt. Ansonsten würde man lieber mit einem reinen Zeittarif abrechnen (wie dies z.B. die Anwälte tun).

Empfehlung 2:

Mit der Empfehlung als solcher sind wir einverstanden. Wir schlagen folgende Ergänzung vor:

Die EFK schlägt sinngemäss vor, folgende Änderung des Art. 43 Abs.5, zweiter Satz, vorzunehmen: „*Wenn sich die Tarifstruktur als nicht mehr sachgerecht erweist oder wenn Leistungen nicht oder ohne wirtschaftliche Bemessung tarifiert werden, muss der Bundesrat Anpassungen festsetzen, die bis zur nächsten Einigung der Parteien gültig bleiben.*“. Die Tarifpartner setzen für den Bereich der ambulanten Arzttarife eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstruktur zuständig

¹ Vgl. RKUV 5/2001, S. 377: Einzelleistungstarif für die Magnetresonanztomographie (MRT): Festsetzung des Taxpunktwertes für MRT-Leistungen auf kantonaler Ebene, KV 179, als PDF-Dokument abrufbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/02876/index.html?lang=de>

ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro Arztrechnung erhoben werden. Die Ärzte, Spitäler und Versicherer haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat vollständig dokumentiert zur Genehmigung unterbreitet. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.

Begründung: Der Tarmed ist der kostenmässig gewichtigste Tarif, über welchen Leistungen zulasten der OKP abgerechnet werden (gut 7 Milliarden Franken pro Jahr). Es ist deshalb von grosser Bedeutung, dass dieser Tarif ständig gepflegt und à jour gehalten wird. Angesichts dessen Komplexität braucht es dazu ein professionell arbeitendes Büro, wie es mit dem Case Mix Office der Swiss DRG AG vor kurzem zur Pflege der Tarifstruktur(en) zur Abrechnung stationärer Spitalleistungen eingerichtet wurde (auf Basis der Bestimmung in Art. 49, Abs. 2 KVG). Dabei gilt es anzumerken, dass über die SwissDRG-Tarifstruktur ein *kleineres* Kostenvolumen zulasten der OKP abgerechnet wird als über den Tarmed (gut 5 Milliarden Franken). Es ist nicht einzusehen, dass das KVG die professionelle Pflege der Tarifstrukturen im Bereich der *stationären* Leistungen vorschreibt (und zur Finanzierung auch das Erheben eines Beitrags pro abgerechnetem Fall erlaubt, was pro Jahr rund 3 Millionen Franken zulasten der OKP ergibt), die Pflege der wichtigsten Tarifstruktur im ambulanten Bereich dagegen allein dem Gutdünken der Tarifpartner überlässt.

Zwar sieht Empfehlung 2 der EFK eine Interventionsmöglichkeit bei ungenügender Tarifpflege vor und Empfehlung 4 einen Beobachterstatus mit Vorschlagsrecht für die Preisüberwachung. Beides wird von uns zwar begrüsst. Das Büro von Tarmed Suisse ist jedoch eine freiwillige Einrichtung der Tarifpartner und offenbar von diesen bewusst derart schwach ausgestattet worden, dass eine professionelle Tarifpflege derzeit nicht möglich ist. Die Tarifpartner könnten aufgrund der heutigen Gesetzeslage das Büro von Tarmed Suisse auch über Nacht schliessen, da sie kein Gesetz zu dessen Aufrechterhaltung verpflichtet. Damit also die Empfehlungen 2 und 4 erfolgreich umgesetzt werden können, müssen u.E. die Tarifpartner zwingend durch eine KVG-Bestimmung dazu verpflichtet werden, ein professionell arbeitendes Büros zur Pflege des Tarmed zu unterhalten, dessen Finanzierung analog wie bei der SwissDRG AG über einen kleinen Beitrag pro Arztrechnung sichergestellt wird.

Empfehlung 4:

Wir beantragen eine kleine Änderung der Empfehlung wie folgt:

Empfehlung 4 – Neue Rolle für den die Preisüberwacher

Die EFK empfiehlt, dem Preisüberwacher den Status einer Beobachterin in Tarmed Suisse zu gewähren. Im Fall von Nichteinigung der Tarifpartner auf einen festgesetzten Termin, soll sie in die problematischen Fälle dem Bundesrat zur vorläufigen Tarifierung weiterleiten.

Begründung: Mit der Änderung soll sichergestellt werden, dass nicht der Preisüberwacher als Person an den Sitzungen von Tarmed Suisse teilnehmen muss, sondern die Preisüberwachung als Amtsstelle frei ist, wen sie abdelegieren will: Erstens werden auch bei EFK-Empfehlungen, welche sich an andere Ämter richten, nicht deren Funktionsträger genannt, sondern das Amt als solches (so heisst es z.B. in Empfehlung 5, das „BAG“ solle ein statistisches Analysekonzept erarbeiten und nicht der „Leiter des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung“) und zweitens würde dem Preisüberwacher selber zur Wahrnehmung der Beobachterrolle bei Tarmed Suisse schlicht die Zeit fehlen. Er müsste somit in jedem Fall jemanden abdelegieren. Der Preisüberwacher muss neben seinen vielfältigen Aufgaben bereits ad personam an den fast wöchentlichen Sitzungen der Wettbewerbskommission teilnehmen.

Zudem sei an dieser Stelle nochmals auf die vorstehenden Anmerkungen zu Empfehlung 2 verwiesen, wonach die Beobachterrolle der Preisüberwachung u.E. nur dann eine gute Wirkung entfalten kann, wenn Tarmed Suisse bezüglich Ressourcen professionell ausgestattet ist (was derzeit nicht der Fall ist). Dies bedingt u.E., dass Tarmed Suisse (analog zur

SwissDRG AG) durch eine Ergänzung des KVG der Status einer zwingend von den Tarifpartnern zu betreibenden Organisation zur Pflege des Tarmed erhält und die Finanzierung nicht durch die Tarifpartner, sondern durch eine kleine, kostendeckende Abgabe auf den Arztrechnungen erfolgt.

Empfehlung 5:

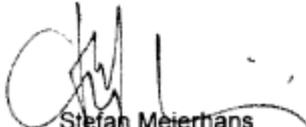
Mit der Empfehlung als solcher sind wir einverstanden. Wir schlagen folgende Streichung vor:

~~5.4 Das Konzept muss die notwendigen Ressourcen definieren, und sie unter den betroffenen Stellen verteilen.~~

Begründung: Die Preisüberwachung verfügt über keine Mittel, um sich finanziell an der Durchführung/Wirkungsanalyse anderer Gesetze zu beteiligen. Unsere sehr knappen Mittel für externe Gutachten (rund Fr. 30'000.- pro Jahr) benötigen wir für den Vollzug des eigenen Gesetzes. Zudem gehört die Preisüberwachung dem EVD an und nicht wie die beiden anderen vorgeschlagenen Bundes-Mitglieder der Arbeitsgruppe (BAG und BFS) dem EDI.

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme sowie den Einbezug bei der Berichtserarbeitung und stehen Ihnen für allfällige Rückfragen oder ein Gespräch natürlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Stefan Meierhans
Preisüberwacher

Courbat Claude EFK

Von: Michael Jordi [michael.jordi@gdk-cds.ch]
Gesendet: Mittwoch, 11. August 2010 17:37
An: Courbat Claude EFK
Cc: michel.huissod@efk.admin.ch
Betreff: Stellungnahme GDK Evaluation TARMED durch EFK

Sehr geehrter Herr Courbat
Ihnen und dem Team der EFK danken wir für die Erstellung der verschiedenen Berichte zum TARMED und der Fallstudien. Die Präsentation vom 21. Juni 2010 der Resultate, ihrer Interpretation ... und deren Einschränkungen war verständlich und nachvollziehbar. Wir erachten den Bericht als gut strukturiert sowie breit und seriös abgestützt. Die heutigen Grenzen der Reformfähigkeit des Tarifwerks im Kontext der heutigen tarifvertraglichen Rahmenbedingungen und antagonistischen Interessenlagen der Tarifpartner wurden klar aufgezeigt. Es ist nun an der Politik und den Tarifpartnern die notwendigen Schlüsse daraus zu ziehen. Wir haben keine weiteren Bemerkungen zu den Berichtsfassungen anzubringen.
Freundliche Grüsse
Michael Jordi

UZ: 47.7_21_Evaluation/MJ

Michael Jordi
Zentralsekretär
Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
Haus der Kantone
Speichergasse 6
Postfach 684
CH-3000 Bern 7
Tel. +41 31 356 20 20
michael.jordi@gdk-cds.ch
<http://www.gdk-cds.ch>
