

## **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 Minutagen 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 Taxpunktweite 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.