

Tarifrevision TARMED

Die tarifpartnerschaftliche Leistungsstruktur steht bereit

Christian Oeschger

Experte, FMH, Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife

Am 24. und 25. Oktober 2018 haben die Delegiertenversammlung sowie die Ärztekammer die tarifpartnerschaftliche Leistungsstruktur verabschiedet, welche die FMH zusammen mit den Tarifpartnern curafutura, H+ und MTK seit Anfang des Jahres verhandelt hatte. Die Struktur steht somit bereit für eine Eingabe beim Bundesrat. In den kommenden Wochen werden die FMH und die ihr angeschlossenen Fachgesellschaften in einem zweiten Schritt die Anwendungs- und Abrechnungsregeln verhandeln.

Eine Mehrheit der abstimmenden FMH-Mitglieder lehnte 2016 in einer Urabstimmung den damals vorgelegten ambulanten Tarifvorschlag «ats-tms V1.0» ab, den die FMH gemeinsam mit den Tarifpartnern H+ und MTK während vier Jahren entwickelt hatte. Da der Revisionsbedarf auch nach der Ablehnung nach wie vor unbestritten war, hat sich die FMH deshalb noch 2016 entschieden, die Revision erneut anzugehen – dies vorläufig aber FMH-intern, ohne Einbezug der Tarifpartner.

In einer ersten Phase wurde das FMH-interne Projekt TARCO erarbeitet. Es ging darum, mit den Fachgesellschaften und Dachverbänden einen ärzteinternen Konsens zu erreichen, um diesen im Anschluss mit den Tarifpartnern zu verhandeln. Die gesamte TARCO-Leistungsstruktur wurde bis Ende März 2018 finalisiert und an der ausserordentlichen Delegiertenversammlung vom 11. April 2018 sowie an der a.o. Ärztekammer vom 2. Mai 2018 einstimmig verabschiedet.

Die revidierte Leistungsstruktur inkl. Taxpunkten hat eine weitere Hürde genommen.

Ende 2017 sind parallel zur ersten Phase die Verhandlungen mit den Tarifpartnern für einen gemeinsamen ambulanten Tarifvorschlag gestartet (zweite Phase). Die Resultate des Projektes TARCO wurden in die gemeinsamen Verhandlungen mit den Tarifpartnern eingebracht und konnten grösstenteils erfolgreich in die verhandelte Leistungsstruktur integriert werden.

Seit Ende September 2018 liegen die Resultate dieser Verhandlungen zwischen den beteiligten Tarifpartnern curafutura, H+, MTK und FMH vor. Am 24. und

25. Oktober 2018 hat die revidierte Leistungsstruktur inkl. Taxpunkten durch die Verabschiedung in der Delegiertenversammlung FMH und der Ärztekammer eine weitere Hürde genommen. Im Folgenden sollen die wichtigsten Änderungen gegenüber der TARMED-Version 01.09.00_BR aufgezeigt werden. Zum weiteren Vorgehen im Revisionsprojekt lesen Sie den Beitrag am Schluss des Artikels.

Aktualisierung der Kostenmodelle

Während die Anlagenutzungskosten vor allem im Bereich der Geräte und Apparate konstant geblieben oder teilweise sogar etwas gesunken sind (viele Geräte können heute mehr, sind im Preis aber nicht wesentlich gesunken), haben die Personalkosten deutlich zugenommen. Schätzungen der Ärztekasse und der FMH, welche auf Zahlen der Rollenden Kostenstudie (RoKo) basieren, gehen davon aus, dass die Gesamtkosten in den vergangenen Jahren um beinahe 30 Prozent angestiegen sind. Ein wichtiges Ziel der Revision war es, diese Kosten neu zu kalkulieren und aktualisiert bei den Tarifpositionen, betriebswirtschaftlich bemessen, zu hinterlegen.

Die Tarifexperten haben dazu die drei zur Anwendung kommenden Kostenmodelle «Ärztliche Leistung», «KOREG» und «INFRA» mit aktualisierten Daten befüllt und für jede Tarifposition die Taxpunkte für die Ärztliche Leistung (AL) sowie für die Infrastruktur- und Personalleistung (IPL, früher Technische Leistung TL) errechnet.

Für die Aktualisierung der AL hat die FMH im Verwaltungsrat der ats-tms AG den Antrag zur Übernahme

des Referenzeinkommens in der Höhe von CHF 229 397 (aktuell CHF 207 000) gemäss der durch die FMH finanzierten Studie des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie WIG gestellt [1]. Anfang des Jahres hat der Verwaltungsrat der ats-tms AG diesem Vorgehen zugestimmt und entschieden, das Referenzeinkommen gemäss der Studie zu übernehmen.

Die Kostensätze werden aus den empirisch erhobenen Daten der RoKo-Studie berechnet und wurden entsprechend aktualisiert.

Für die Berechnung der Kostensätze des KOREG-Kostenmodells konnten aktualisierte Daten aus der RoKo verwendet werden (2014–2016). Im Vergleich zur Tarifversion von 2016 haben diese Daten nochmals stark an Repräsentativität gewonnen: Es haben über 500 zusätzliche Arztpraxen an der RoKo teilgenommen. Die Kostensätze werden aus den empirisch erhobenen Daten der RoKo-Studie berechnet und wurden entsprechend aktualisiert. Die Daten der RoKo-Studie decken sich vollumfänglich mit den vom Bundesamt für Statistik (BfS) erhobenen Kostendaten in der Studie «Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren» (MAS). Im Kostenmodell INFRA wurde ein spezieller Fokus auf die sogenannten INFRA-Fokussparten (u.a. Radiologie, Kardiologie) gelegt. Gründe für die Auswahl der überprüften Sparten waren entweder hohe Abrechnungsvolumen oder hohe Kostensätze. Die überprüften Sparten wurden gemeinsam mit den Tarifpartnern hinsichtlich ihrer Geräte- und Personaldotationen nochmals überprüft. Dabei wurden von den betroffenen Fachgesellschaften konkrete Rechnungen und Personaleinsatzpläne eingefordert.

Vereinfachung und Aktualisierung der Leistungsstruktur

Trotz der Tarifierung von neuen Leistungen in vielen Bereichen konnte die Anzahl Positionen insgesamt von heute gut 4500 auf knapp 2700 reduziert werden. Bestehende Tarifpositionen wurden auf ihre Aktualität überprüft und den heutigen medizinischen Gegebenheiten angepasst. Die «Leistungsstruktur ambulant» bildet ausschliesslich die ambulanten Leistungen ab.

Generelle Interpretationen

Zu Änderungen ist es auch bei den «Generellen Interpretationen» gekommen, die übergreifend für die gesamte Leistungsstruktur gelten. So können Materialsets, deren gesamter Einkaufspreis CHF 3 übersteigt,

mit dem revidierten Tarif zukünftig verrechnet werden, sofern der Einkaufspreis mindestens eines Einzelstücks CHF 3 überschreitet. Die Tarifpartner können sich vorstellen, in Bereichen wie Radiologie, Nuklearmedizin oder Radiotherapie für gewisse Leistungen künftig Materialpauschalen zu bilden.

Auch bei der Definition des Leistungserbringers kommt es zu einer Änderung. Einrichtungen gemäss Art. 36a KVG gelten im revidierten Tarif zukünftig als ein Leistungserbringer. Dies bedeutet, dass allfällige Limitationen pro Patient für die gesamte Gruppenpraxis gelten. Im Spital gelten Limitationen künftig für die insgesamt an der Behandlung beteiligten, ausführenden Leistungserbringer derselben Facharztklinik, desselben Instituts oder Zentrums innerhalb des Spitals.

Die Dokumentation und das Erstellen des Befundberichts sind – wie im TARMED 01.09.00_BR auch – integraler Bestandteil der Tarifpositionen. Im geltenden TARMED 01.09.00_BR wird hierfür teilweise eine überdotierte Infrastruktur entschädigt. Für die Berichtserstellung zuhanden eines anderen Arztes (z.B. Überweisungsbericht), eines Patienten oder eines Versicherers wurden neue Tarifpositionen im Kapitel AF. 20 geschaffen. Diese Berichte werden neu gemäss dem zeitlichen Aufwand und nicht mehr nach Zeilen entschädigt.

Qualitative Dignitäten

Die «Qualitativen Dignitäten» sind weiterhin Bestandteil der tarifpartnerschaftlichen «Leistungsstruktur ambulant». Sie wurden in Absprache mit den Fachgesellschaften der FMH aber grundlegend überarbeitet und aktualisiert.

Quantitative Dignitäten

Nach der Einebnung der «Quantitativen Dignitäten» durch den Tarifeingriff des Bundesrates sind diese de facto seit dem 1. Januar 2018 abgeschafft. Die «Quantitativen Dignitäten» wieder in den Tarif aufzunehmen,

Das Leitungsgremium der AG Dignitäten verfolgt das Konzept der «Individuellen Ärztlichen Dignität» für den Moment nicht weiter.

ist dadurch erschwert worden. In der Zwischenzeit hat sich das Leitungsgremium der AG Dignitäten (bestehend aus Vertretern aller vier grossen Dachverbände) entschieden, das Konzept der «Individuellen Ärztlichen Dignität» (IAD) für den Moment nicht weiterzu-

verfolgen. Beim Effizienzschlag auf Zeitleistungen stehen aktuell noch Verhandlungen an.

In der tarifpartnerschaftlichen Leistungsstruktur sind die «Quantitativen Dignitäten» im Gegensatz zu TARMED 01.09.00_BR, in welchem diese auf 0,985 festgelegt wurde, wieder beim Ausgangswert von 1.0.

Trigger-Positionen und 1-Minuten-Takt

Im Gegensatz zu TARMED 01.09.00_BR werden Zeitleistungen im tarifpartnerschaftlichen Tarif neu im 1-Minuten-Takt tarifiert. Ausnahme bilden einige Leistungen aus dem Kapitel der «Ärztlichen Grundleis-

Entscheidender Vorteil ist: Die letzten fünf Minuten werden nicht halbiert, die effektiv erbrachte Zeit kann vollumfänglich abgerechnet werden.

tungen» (AF), die über einen 5-Minuten-Sockel verfügen und ab der 6. Minute im Minutentakt abgerechnet werden. Diese Leistungen dienen den Kostenträgern als sogenannte Trigger-Positionen und können neben anderen Merkmalen eine Sitzung markieren.

Die Änderung zum 1-Minuten-Takt hat auf die Höhe der Taxpunkte keinen Einfluss. Entscheidender Vorteil zum jetzt gültigen System ist aber, dass die Halbierung der letzten 5 Minuten entfällt und nun die effektiv erbrachte Zeit vollumfänglich abgerechnet werden kann.

Wechselzeit und Vor- und Nachbereitung

Die Wechselzeiten sowie die Vor- und Nachbereitungszeiten werden in der aktualisierten «Leistungsstruktur ambulant» mittels separater Tarifpositionen abgebildet. Sie können somit immer verrechnet werden, wenn sie anfallen. Gleichzeitig kommt es bei der Verrechnung von mehreren Leistungen in der gleichen Infrastruktur nicht mehr zu einer Doppelverrechnung dieser Aufwände.

Ärztliche Grundleistungen

Zahlreiche Rückmeldungen von medizinischen Gesellschaften und auch von Seiten der Kostenträger haben die Revisionspartner dazu veranlasst, die anfänglich rigorose Vereinfachung im Kapitel der ärztlichen Grundleistungen nochmals zu überarbeiten. Hauptkritikpunkt war vor allem die radikale Zusammenfassung, die es im Hinblick auf mögliche WZW-Verfahren nicht erlauben würde, zwischen den Ärzten und Fachgebieten genug differenzieren zu können. Die Vereinfachung wurde deshalb, auf Kosten der immer wieder eingeforderten Transparenz teilweise rückgängig gemacht.

Im abschliessenden Vorschlag wird weiterhin zwischen Konsultation, Besuch, telemedizinischen Leistungen oder dem Konsilium unterschieden. Neu gibt es verschiedene Arztberichte sowie ausdifferenzierte Leistungen in Abwesenheit des Patienten. Für zahlreiche Bereiche wurden wieder spezialisierte Behandlungspositionen geschaffen, die zwar alle gleich bewertet sind (gleicher Kostensatz pro Minute), aber eine Differenzierung zwischen ärztlichen Grundleistungen erlauben. Diese Differenzierungen sind vor allem für jene Fachgesellschaften von essentieller Bedeutung, die einen hohen Anteil ihres Leistungsspektrums ansonsten über die Konsultationsposition hätten verrechnen müssen.

OP- und Anästhesieprozess

Im Bereich des OP- und Anästhesieprozesses ist es mit der Neutarifizierung zu umfangreichen Änderungen gekommen. fmCH und FMH haben intensiv daran gearbeitet, verschiedene Konzepte diskutiert und entwickelt. Ende 2017 haben sich die Experten unter Federführung der fmCH auf folgendes Vorgehen verständigt:

Die operativen Eingriffe werden fix in einen sogenannten OP A (niedrig installierte Infrastruktur, dem heutigen Praxis-OP entsprechend) oder OP B (mittel installierte Infrastruktur, dem heutigen OP 1 entsprechend) zugeteilt.

Um die Durchlässigkeit zwischen den Sparten vor allem auch für die Kinderchirurgie gewährleisten zu können, gibt es neu Upgrade-Möglichkeiten: So kann ein Eingriff, der z.B. im UBR Chirurgie tarifiert ist, im OP-Bereich (OP B) durchgeführt werden, wenn dies aus medi-

Bei allen operativen Tarifpositionen wird neu die sogenannte Interventions-Aufwandsklasse (IAK) hinterlegt.

zischer Sicht sinnvoll und angebracht ist (und eine entsprechende Spartenanerkennung vorhanden ist). Dem Leistungserbringer wird in diesem Fall auch die teurere OP-B-Infrastruktur entschädigt. Ähnliche Upgrades gibt es für den Wechsel vom OP A in den OP B sowie vom OP B in den OP C bzw. in den OP D (Hybrid-OP). Bei allen operativen Tarifpositionen wird neu die sogenannte Interventions-Aufwandsklasse (IAK) hinterlegt. Auch im Bereich der IAK ist eine gewisse Durchlässigkeit gewährleistet. So erhalten Eingriffe bei Kindern unter 2 Jahren automatisch mindestens die IAK III. Spezielle Konditionen gelten auch für Kinder bis 7 Jahre sowie für ältere Patienten.

Für die allgemeinen Leistungen im Operationssaal wurden sogenannte Sockelleistungen gebildet, welche

die ärztlichen Aufwände für Sign In, Patientenaufnahme, Vorbereitung, Time Out, Sign Out usw. entschädigen. Für jede OP-Sparte gibt es fünf verschiedene Sockelleistungen – abhängig von der sogenannten Interventions-Aufwandsklasse (IAK, MAC und I-IV). Diese unterscheiden sich hinsichtlich ihrer hinterlegten Minutagen.

Laufende Tarifpflege

Die ats-tms AG ist seit Anfang 2016 operativ tätig, und die Verhandlungen wurden innerhalb dieser Gesellschaft geführt. Der Verwaltungsrat setzt sich dabei paritätisch zwischen Leistungserbringern und Kosten-

Für jede OP-Sparte gibt es fünf verschiedene Sockelleistungen.

träger zusammen. Aktualisierungen der Tarifstruktur sind durch Mehrheitsbeschlüsse im Verwaltungsrat möglich und müssen nicht wie in der früheren Organisation einstimmig beschlossen werden. So kann es zu keiner Blockade durch lediglich einen Verhandlungspartner kommen.

Für die regelmässige Pflege der ambulanten Tarifstruktur bleibt die tarifpartnerschaftliche Organisation ats-tms AG bestehen. Eingesetzt wird eine operative Geschäftsstelle. Damit legt die revidierte ambulante Tarifstruktur den Grundstein für laufende, jährliche tarifarische Anpassungen und Aktualisierungen. Grundlage für die Tarifpflege bildet ein umfangreiches Tarifierungshandbuch, in dem die Prozesse, Verantwortlichkeiten und Gremien definiert und festgelegt sind.

Mit der vorliegenden verhandelten Leistungsstruktur können die beteiligten Tarifpartner die Tarifautonomie wieder zurückerlangen und sichern. Weitergehende Massnahmen durch den Bund – wie aktuell diskutiert – sind damit nicht notwendig.

Kostenneutralität

Gemäss Auftrag der Urabstimmung verfolgt die FMH keine kostenneutrale Umsetzung der Revision, sondern hält sich strikt an die Vorgaben des KVG Art. 43 Abs. 4.

Weiterer Zeitplan

Der weitere Zeitplan mit den Tarifpartnern sieht wie folgt aus: Per Ende 2018 wird die von den ats-tms-Tarifpartnern genehmigte Leistungsstruktur inkl. der Taxpunkte und Kostenmodelle in einer 1. Etappe dem Bundesrat zur Vorprüfung eingereicht.

In einer 2. Etappe sollen unter Einbezug der Fachgesellschaften die Abrechnungsregeln kapitelweise erarbeitet und verhandelt werden. Diese Etappierung wurde im August 2018 vom Verwaltungsrat der ats-tms AG beschlossen, weil sich damals abgezeichnet hatte, dass die Zeit für die Anwendungs- und Abrechnungsregeln bis Ende 2018 nicht reichen würde und weil diese Regeln nur unter Einbezug der Tarifdelegierten der einzelnen Fachgesellschaften gemacht werden können.

Eine Inkraftsetzung ist nach wie vor per 1. Januar 2020 möglich.

Die komplette, finale und in den internen Gremien genehmigte Tarifstruktur mit allen Anhängen, Verträgen und dem Regelwerk soll bis Mitte 2019 als Gesamtpaket dem Bundesrat zur definitiven Genehmigung eingereicht werden. Damit ist eine Inkraftsetzung nach wie vor per 1. Januar 2020 möglich.

Literatur

- Das Referenzeinkommen setzt sich aus dem Bruttolohn von CHF 196'356 sowie den arbeitgeberseitigen Sozialversicherungsbeiträgen – die der Arzt als Selbständigerwerbender selber zu tragen hat – in der Höhe von CHF 33'041 zusammen. Das Referenzeinkommen ist eine kalkulatorische Grösse und widerspiegelt nicht das reale Einkommen der Ärztinnen und Ärzte. Zum Einkommen der Ärzte lesen Sie in der SÄZ vom 24.10.2018.

Korrespondenz:
FMH / Abteilung Ambulante
Versorgung und Tarife
Baslerstrasse 47
CH-4600 Olten
Tel. 031 359 12 30
Fax 031 359 12 38
tarife.ambulant[at]fmh.ch