

Diskussionsbeitrag zu den Beiträgen über Kostenmonitoring und -steuerung im UV/MV/IV-Bereich in der SÄZ Nr. 26/2006 [1,2]

Entscheidende Fragen bleiben offen

Der folgende Beitrag befasst sich mit Kostenmonitoring und -steuerung im Bereich UV/MV/IV. In diesem Zusammenhang möchten wir die Leserschaft auf den Grundlagenartikel von Urs Stoffel zur LeiKoV in dieser Nummer (S. 1688) hinweisen. Verschiedene im Text von M. Schilt aufgeworfene Fragen werden darin implizit aufgegriffen.

Die Redaktion

M. Schilt

Résumé voir page suivante

Bisherige vertragliche Vereinbarungen

Gemäss «Tarifvertrag Tarmed» vom 28.12.2001 ist die Phase der kostenneutralen Einführung (in bezug auf die Kosten pro Fall) im UV/MV/IV-Bereich am 31.10.2004 *definitiv* abgelaufen und ohne Ersatz aufgehoben (Art. 25.3). Ebenso verlieren die «Vereinbarung betreffend die Fallkostenstabilisierung» vom 28.12.2001 und das «Konzept Fallkostenstabilisierung Tarmed» vom 5.1.2001 *automatisch* ihre Gültigkeit.

Die «Vereinbarung betreffend Taxpunktwert» vom 28.12.2001 bestimmt, dass nach Ablauf der Fallkostenstabilisierungsperiode der TPW auf den zu jenem Zeitpunkt geltenden Wert festgesetzt wird (Art. 3, Abs.1) d.h. auf Fr. –.92. [3]

Verhandlungen über die Neufestsetzung des TPW nehmen die Parteien auf, wenn der LIKP gegenüber Ende 2001 (= 101.3) um mind. 5% gestiegen ist (Art. 3, Abs. 3), wobei auch die Entwicklung der Fallkosten sowie wirtschaftliche und sozialpolitische Rahmenbedingungen zu berücksichtigen sind (Art. 3, Abs. 4).

Neue vertragliche Vereinbarungen

Die FMH hat schon im Dez. 2004 (LIKP = 103.4) Verhandlungen aufgenommen. Am 16.3.2006 ist eine «Vereinbarung betreffend Leistungs- und Kostenentwicklung im UV/MV/IV-Bereich» (mit Anhängen für das Konzept zu Kostenmonitoring und -steuerung sowie für die Prognose der Heilkostenentwicklung) und eine «Vereinbarung betreffend den TPW und die Interventionsgrenzen im UV/MV/IV-Bereich» abgeschlossen worden. Beide sind von der Ärztekammer am 18.5.2006 genehmigt worden. [4] Als neue *Eckwerte* werden u.a. definiert:

- *Datenparität*: sie gilt als zentrales Element (Ziff. 2, Abs. 3). Es ist gegenseitige Daten- und Berechnungstransparenz zu gewähren (Ziff. 3.2.1, Abs. 2).
- Mittlere *jährliche Heilkosten pro Fall* bzw. pro Pat. (= JHK). Sie berechnen sich aus *sämtlichen* von SUVA/MV/IV bezahlten *Behandlungskosten*, dividiert durch die Anzahl Fälle (UV/MV) bzw. Pat. (IV) während eines Jahres (Anhang 1, Ziff. 5 und 6). Sie dient als Basis zur Festsetzung der künftigen Interventionsgrenzen (Sollwert), bei deren Überschreitung der TPW angepasst werden muss (Ziff. 3).

Offene Fragen

Trotz detaillierter Regelungen bleiben entscheidende Punkte offen:

Datenparität

Während SUVA, MV und IV sämtliche bezahlten Rechnungen aufsummiert (= Vollerhebung), kennt die FMH nur einen Teil der Rechnungen, nämlich jene, die auch an die Trustcenter übermittelt wurden und von NewIndex zusammengefasst werden. Zudem kennt NewIndex nicht die Anzahl der Fälle, für die Heilkosten erbracht worden sind, sondern nur die Anzahl Rechnungen, die zu ihrem Datenpool beigetragen haben. Es braucht richtiggehend rechnerische Klümpchen, um die Daten der FMH mit jenen der Versicherer vergleichen zu können.

Eine *echte Datenparität* bzw. gegenseitige Datentransparenz bestünde darin, wenn *beide Seiten alle Rechnungen* (anonymisiert) zur Verfügung hätten. Ein gegenseitiger Datenaustausch wäre gewiss realisierbar, wenn der Wille (nicht nur die Worte) vorhanden wäre.

Korrespondenz:
Dr. med. M. Schilt
Spezialarzt FMH für Kinderchirurgie
Hirschmattstrasse 16
CH-6003 Luzern
Tel. 041 220 03 70
Fax 041 220 03 71
dr@schilt.com

Mittlere jährliche Heilkosten pro Fall (JHK)

Zu deren Berechnung werden für die IV alle Tarmed-Rechnungen summiert, für den UV/MV-Bereich alle *ambulanten Leistungen von Vertragsärzten* (Ziff. 3.2.1).

Im Konzept (Anhang 1) werden jedoch gemäss Ziff. 5.1.1. *sämtliche* von der Suva entschädigten *Kosten für Heilbehandlungen* (= Heilkosten, HK) und bei der MV und IV *sämtliche Behandlungskosten* zusammengezählt (Ziff. 5.2 und Ziff. 5.3.1). Dies beinhaltet *weit mehr* als nur die ärztlichen Leistungen, wie sie in der «Vereinbarung» eigentlich vorgesehen sind. Auch bei den Berechnungen auf seiten der FMH wird gemäss Ziff. 8.1 als Kennzahl der *gesamte Umsatz aller ambulanten Leistungen* summiert (Tarmed, Medikamente, Analysenliste, Physiotherapie, MiGel und Diverses).

Damit wird als Interventionsgrenze zur Korrektur des Tarmed-Taxpunktwerthes eine Summe genommen, die von verschiedensten Tarifen abhängig ist, die z.T. nicht auf dem Verhandlungswege, sondern behördlich festgesetzt werden. Änderungen in diesen Tarifen sollen nun beim Tarmed-TPW wirksam werden. Eine Regelung mit völlig ungewissem Ausgang, der von der Ärzteschaft nicht mehr beeinflussbar ist!

Monitoring et gestion des coûts dans le domaine AA/AM/AI: paramètres de la convention

Cette convention a été conclue *sans qu'il y ait une situation d'urgence ou une contrainte légale*:

- *Aucun vide contractuel n'est apparu à l'expiration des accords à durée limitée sur la stabilisation des coûts par cas. La dernière valeur du point tarifaire de Fr. -.92 demeure en vigueur conformément à la convention tarifaire.*
- *Un nouveau paramètre a été défini pour la gestion des coûts, à savoir les frais moyens de traitement par cas et par année (AFT). On n'a pas tenu compte des anciens paramètres (pour un médecin, revenu de Fr. 207 000.– assujetti à l'AVS pour un temps de travail annuel de 1920 heures). Tous les partenaires du TARMED (assureurs LAA inclus) en avaient décidé ainsi d'un commun accord avant la votation générale.*
- *Au moment où l'on a conclu la convention, on ne connaissait pas les modalités de cette gestion des coûts.*
- *Aucune loi (LAA/LAM/LAI) ne stipule une gestion ou un plafonnement des coûts.*
- *En 2005, il ne s'est pas produit d'explosion des coûts médicaux (valeur du point tarifaire à Fr. -.92, sans gestion des coûts), et donc pas «d'effet Bonanza» comme les assureurs le craignaient.*
- *Les coûts médicaux n'exercent qu'une influence minime sur les primes LAA. La majeure partie des dépenses est constituée par des indemnités pour perte de salaire et par des rentes. En 2005, la SUVA a bouclé ses comptes avec un excellent résultat.*

Berechnung der Interventionsgrenzen (= Kostensteuerung)

Für deren Bestimmung werden Faktoren definiert (Ziff. 2), welche im Prognosemodell wiederholt werden (Anhang 2, Ziff. 1).

Völlig offengelassen wird die Frage, wie die Daten für diese Faktoren gewonnen werden, damit sie möglichst wirklichkeitsgetreu sind. *Völlig offen* ist auch der Berechnungsmodus, wie aus den Daten die Interventionsgrenzen gefunden bzw. angepasst werden. Für die Jahre 2006 und 2007 sind sie schon festgelegt («Vereinbarung betreffend den Taxpunktwert und die Interventionsgrenzen UV/MV/IV» vom 16.3.06).

Völlig offen ist auch der Berechnungsmodus, wie aus einer Über- oder Unterschreitung der Interventionsgrenzen der TPW angepasst wird.

Die Vereinbarung ist somit in bezug auf den TPW eine Fahrt ins Blaue mit verbundenen Augen!

Grundsätzliche Bedenken

Eine Steuerung der gesamten Behandlungskosten entbehrt jeglicher gesetzlicher Grundlage:

- Das UVG hält in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit fest, dass die Leistungen sich auf das den Behandlungszweck geforderte Mass zu beschränken haben (Art. 54).
- Das MVG verlangt analog die Beschränkung, was der Behandlungszweck gebietet (Art. 25, Abs. 2).
- Das IVG enthält (trotz 4 Revisionen) keinen analogen Artikel.

Ganz eindeutig bezieht sich das gesetzliche Gebot der *Wirtschaftlichkeit auf den Einzelfall*, d.h., bei jedem Patienten sind die ärztlichen Massnahmen und Anordnungen individuell auf das Notwendige zu beschränken, damit der Behandlungszweck erfüllt werden kann. Eine Steuerung der durchschnittlichen Gesamtkosten pro Fall ist nirgends vorgesehen!

Die *JHK* werden als neuer *Eckwert* deklariert. Für den Tarmed sind schon vor deren Einführung Eckwerte vereinbart worden, nämlich ein AHV-pflichtiges Jahreseinkommen von Fr. 207 000.– bei einer Jahresarbeitszeit von 1920 Std. [5]. Dieser Einigung hatte auch die MTK (Vertreter der UV/MV/IV-Versicherungen) zugestimmt, und sie ist seither nicht widerrufen worden. Es erstaunt, dass in der Debatte der Ärztekammer sich niemand dieser Eckwerte erinnert hat.

Trotz hitziger Debatte (laut Protokoll) wurde der neuen Vereinbarung schliesslich zugestimmt unter dem Motto, «lieber ein schlechter Vertrag, den man kündigen kann, als kein Vertrag». Mit diesem Argument wurden bisher alle

Verträge (Rahmenvertrag KVG, Tarifvertrag UVG, Tarmed) der Ärzteschaft zur Annahme empfohlen. Es wird zwar auch vom ZV anerkannt, dass der Tarmed sog. «Unwuchten» enthält, deren Korrektur gilt aber als aussichtslos!

Im jetzigen Fall trifft das Motto gar nicht zu: Nach dem Auslaufen der «Vereinbarung betreffend die Fallkostenstabilisierung» bestünde *keineswegs kein Vertrag* mehr, sondern die «Vereinbarung betreffend den Taxpunktwert» vom 28.12.2001 bleibt nach wie vor in Kraft. Diese besagt, dass nach Ablauf der Fallkostenstabilisierungsphase der zu jenem Zeitpunkt gültige TPW festgesetzt wird, nämlich auf Fr. –.92 (siehe 1. Abschnitt).

Ohne Not oder zwingenden Grund ist ein Vertrag abgeschlossen worden, dessen Folgen für die Ärzteschaft völlig ungewiss sind, und dies mit einem Partner, bei welchem der ZV selbst nicht sicher ist, ob er uns wirklich als

Partner anerkennt oder uns als «Kostenfaktor» unter Druck setzen will. Dies finde ich besonders bedenklich!

Referenzen

- 1 Kappeler O, Muggli F. Vorseilender Gehorsam oder pragmatischer, nächster Schritt? Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(26):1199.
- 2 Bachofen K. Kostenmonitoring und -steuerung im UV/MV/IV-Bereich: Eckwerte der Vereinbarung. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(26):1203.
- 3 Aus den Verhandlungen des FMH-Zentralvorstandes. Schweiz Ärztezeitung. 2004;85(48):2537-8.
- 4 Müller Imboden A. Protokoll der zweitägigen, ordentlichen Ärztekammersitzung. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(24):1081-2.
- 5 Arbeitsgruppe TARMED FMH. Die TARMED-Black-Box, die keine Black-Box ist. Schweiz Ärztezeitung. 2001;82(25):1312-4.