Kostensteuerung der ärztlichen Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung

Martin L. Schilt

Es ist endlich an der Zeit, die ständigen Einkommenseinbussen seit Jahrzehnten mit einer *gesetzeskonformen* Tarifberechnung aufzuhalten (betriebswirtschaftlich berechneter TL-TPW, angemessener Verdienst mit AL-TPW). Diese Anpassung wird die Prämien wenig belasten, weit geringer als die grossen Unterschiede innerhalb ein und derselben Prämienregion.

Mit der Annahme der LeiKoV* besteht *keine Möglichkeit* mehr, um diese gesetzlichen Vorgaben durchzusetzen. Falls die santésuisse diese gesetzlichen Vorgaben in Verträgen nicht respektieren will, so bleibt der Weg zu den Behörden offen, die auf jeder Stufe (Kantonsregierungen, Preisüberwacher und Bundesrat) an die Gesetze gebunden sind!

Die Grundlagen für eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife muss die Ärzteschaft selbst beibringen (z.B. aus Praxisbuchhaltung und Steuererklärung).

Ausgangslage

Die Kostenneutralitätsphase bei der Einführung des TARMED war Ende Juni 2005 beendet. TARMED und Rahmenvertrag KVG bleiben in Kraft, da jeder abrechnende Arzt/jede Ärztin *einzeln* diesen Vertragswerken beigetreten ist.

Auf Ende 2005 hat die santésuisse in vielen Kantonen die kantonalen Anschlussverträge gekündigt, die nun neu ausgehandelt werden müssen. Hiezu hat die FMH im September 2005 eine neue Vereinbarung mit santésuisse abgeschlossen (nationale Leistungs- und Kostenvereinbarung = LeiKoV), die am 22. Februar 2006 vom Bundesrat genehmigt wurde. Diese nationale LeiKoV ist in der Ärztekammer nie besprochen und in der SÄZ *nie veröffentlicht* worden, auch nicht auf der Homepage der FMH. Sie gilt aber als verbindlich für die kantonalen Verträge (d.h. integrierender Bestandteil der kantonalen LeiKoV).

Nationale LeiKoV

Sie bezweckt eine fortlaufende Kostensteuerung mit der Anpassung des Taxpunktwertes. Die Mechanismen sind ähnlich wie für die KN-Phase (Tab. 1). Besonders hervorzuheben ist:

- die kantonalen *Unterschiede* im Taxpunktwert werden *zementiert;*
- die Mechanismen der Kostensteuerung sind *nicht festgelegt*, nämlich:
  a. die Korrekturkomponenten (z.B. Altersstruktur der versicherten Bevölkerung, Nachfrage und Angebot medizinischer Leistungen, Leistungskatalog usw.),
  b. die Datenerhebung für diese Korrekturkomponenten,
  c. der Berechnungsmodus, wie aus den Korrekturkomponenten der TPW festgelegt wird;
- jeder TPW bedarf der *Genehmigung* durch die kantonalen Behörden,
- die Sollkosten (berechnet pro Versicherten und Jahr) setzen ein *Kostendach.*

Neben der krassen Ungerechtigkeit der regionalen Unterschiede enthält die LeiKoV unabsehbare Folgen:

- Die Kostensteuerung kennt *keine Limiten* wie bei der KN-Vereinbarung.
- Die Art und Weise der Kostensteuerung wird durch das Lenkungsbüro bestimmt. Dieses kann erst gewählt werden, wenn die meisten Kantone der LeiKoV beigetreten sind. Die kantonalen Ärztegesellschaften müssen wiederum einem *unfertigen Vertrag* zustimmen, dessen Handhabung zurzeit *nicht transparent* ist.

Die LeiKoV erfordert grossen administrativen und rechnerischen Aufwand, erzwingt eine versteckte Rationierung und führt in ein tarifarisches Abenteuer, das unweigerlich beim Preisüberwacher endet!

* Der volle Wortlaut der nationalen LeiKoV wird auf der Homepage der FMH www.fmh.ch aufgeschaltet.

Korrespondenz:
Dr. med. Martin L. Schilt
Facharzt FMH für Kinderchirurgie
Hirschmattstrasse 16
CH-6003 Luzern
Tel. 041 220 03 70
Fax 041 220 03 71

dr@schilt.com

Pilotage des coûts des prestations médicales à la charge de l'assurance-maladie obligatoire

1. Avant qu'un quelconque pilotage des coûts au moyen de l'adaptation tarifaire puisse être accepté, il faut d'abord que le tarif soit adapté de façon à couvrir les coûts d'après des critères relevant de la gestion d'entreprise. Le gel tarifaire (depuis le 1er juillet 1992) et la neutralité des coûts appliquée avec l'introduction du TARMED l'ont *empêché jusqu'à présent.*
2. Chaque plafonnement des coûts (= coûts prévisionnels) va entrainer un rationnement implicite des soins médicaux, rationnement attribué faussement au corps médical de manière cachée avec la sanction de l'adaptation du point tarifaire.
3. La convention prestations-prix (CPP) a des conséquences imprévisibles pour la valeur du point tarifaire qui reste différent d'un canton à l'autre.
4. Les possibilités de recourir indiquées dans la LAMal font que dans chaque cas (convention ou fixation par les autorités) le Conseil fédéral peut se prononcer sur la valeur du point tarifaire en suivant les recommandations du préposé à la surveillance des prix.

   Cette situation permet au Conseil fédéral de resserrer la vis en ce qui concerne notre existence économique en s'appuyant sur son préposé à la surveillance des prix.

   Appliquées de manière stricte, les lois existantes nous ouvrent de bonnes perspectives:

   a. La neutralité des coûts et leur pilotage sans limites en vertu d'un plafonnement des coûts (coûts prévisionnels par assuré et par année) n'ont pas de base légale.
   b. La LAMal exige des médecins des soins de qualité de haut niveau, avec prise en compte des intérêts du patient.
   c. La LAMal prescrit qu'il faut veiller à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles applicables en économie d'entreprise.
   d. La loi concernant la surveillance des prix exige que le contrôle tienne compte des coûts du cabinet privé et d'un revenu équitable.

C'est enfin le moment de stopper la baisse continuelle des revenus depuis des décennies en calculant un tarif conforme à la loi (valeur du point tarifaire de la prestation technique, calculée selon des critères relevant de l'économie d'entreprise, revenu équitable avec la valeur du point tarifaire de la prestation médicale). Cette adaptation ne modifiera guère les primes, bien moins que les grandes différentes observées à l'intérieur d'une seule et même région de primes.

En acceptant la CPP, on n'aura plus aucune possibilité d'imposer les dispositions légales en question. Si santésuisse ne veut pas les respecter, on pourra s'adresser aux autorités, lesquelles sont liées aux lois à chaque niveau (gouvernements cantonaux, préposé à la surveillance des prix et Conseil fédéral)!

Le corps médical doit définir lui-même les bases pour la fixation de tarifs selon les règles applicables en économie d'entreprise (p.ex. comptabilité du cabinet médical et déclaration d'impôts).

Tabelle 1
Mechanismen der Kostensteuerung mit der Anpassung des Taxpunktwertes bei der nationalen LeiKoV im Vergleich zur Kostenneutralitätsphase.

Vereinbarung zur Kostenneutralität	**Leistungs- und Kostenvereinbarung**
Rahmenvertrag Anhang 2 vom 5. Juni 2002, genehmigt vom Bundesrat am 30. September 2002	*nationale LeiKoV* vom 26. September 2005, genehmigt vom Bundesrat am 22. Februar 2006
KN-Regionen (Kantone)	Bildung von *Regionen* (Kantone)
Steuerung Vergleich mit Jahr 2001 Korrekturfaktoren – x_1 für Kostensteigerung von 2001 bis Einführung 1. Januar 2004 – x_2 für Kostensteigerung während Einführungsphase Limite der TPW-Anpassung ±7%	*Steuerung* Vergleich mit letzten 12 Monaten Korrekturfaktoren x_1, x_2, x_3 bis x_n – Kostenveränderung infolge Demographie, Nachfrage, Angebot, Leistungskatalog, Gesetze usw. *keine* Limite der TPW-Anpassung
Kostenneutralitätsbüro, paritätisch, 6 Personen	*Lenkungsbüro,* paritätisch, 6 Personen
TPW-Anpassung *monatlich,* separat für jede KN-Region Berechnung *festgelegt:* – x_1 = 2,5 % pro Jahr – x_2 = 1,5 % pro Jahr	TPW-Anpassung *halbjährlich,* separat für jeden Kanton Berechnung *nicht festgelegt* für: – Korrekturkomponenten – Methodik der Datenerhebung – Berechnungsmodus usw.
Entscheid einstimmig, *verbindlich*	*Empfehlung* einstimmig, nicht *verbindlich*
Kantone	
kantonaler Anschlussvertrag: Rahmenvertrag (+ Anhänge) ist *integrierender* Bestandteil	*kantonale LeiKoV:* nationale LeiKoV ist *integrierender* Bestandteil
TPW-Anpassung *ohne* Vertragsänderung *ohne* behördliche Genehmigung	*TPW-Anpassung* *mit* Vertragsänderung *mit* behördlicher Genehmigung

– Die Einhaltung der Sollkosten bewirkt eine *versteckte Rationierung* der medizinischen Versorgung. Wie kann ein Arzt/eine Ärztin in der Sprechstunde wissen, wie viele der Versicherten im laufenden Jahr zum Patienten werden, und wie kann man wissen, welchen kostenmässigen Verlauf eine Krankheit haben wird?
– Bei der Genehmigung des Tarifes durch die kantonalen Behörden ist der Preisüberwacher anzuhören (PüG Art. 14). Gegen die Regierungsrätliche Genehmigung kann Beschwerde beim Bundesrat eingereicht werden (KVG Art. 53). Dieser ist bisher immer den Empfehlungen des Preisüberwachers gefolgt.

Alternative

Falls kein neuer Vertrag mit den Krankenversicherern zustande kommt, so muss die kantonale Behörde den Tarif festsetzen oder einen Rahmentarif verfügen (KVG Art. 47 und 48), ebenfalls nach Anhören des Preisüberwachers und ebenfalls mit Beschwerdemöglichkeit beim Bundesrat (KVG Art. 53).

Die kantonalen Ärztegesellschaften sind grundsätzlich frei, ob und welchen Vertrag sie aushandeln wollen oder ob die Behörde den Tarif festsetzen soll. Die santésuisse favorisiert die LeiKoV mit dem Angebot, dass sie damit auf alle Kompensationsforderungen verzichtet. Ein für die Ärzteschaft kurzfristig bequemer Weg. Würde die santésuisse dieses Angebot machen, wenn sie nicht damit rechnet, dass über kurz oder lang der Preisüberwacher den TPW vorgibt?

Alle Wege führen … zum Preisüberwacher!

Gesetzliche Bestimmungen

Preisüberwacher, BAG und Bundesrat sind der Ansicht, dass die fortdauernde Kostenneutralität vom KVG zwingend verlangt wird. Dies ist *keineswegs* der Fall!

KVG Art. 32

fordert, dass alle ärztlichen Massnahmen *wirksam* (d.h. wissenschaftlich nachgewiesen), *zweckmässig* (d.h., dem diagnostischen und therapeutischen Ziel angepasst) und *wirtschaftlich* (d.h. kostengünstigere Alternativen, soweit vorhanden und ebenbürtig) sind.

KVG Art. 56

verlangt, dass die ärztlichen Leistungen sich auf jenes Mass beschränken müssen, das im *Interesse des Patienten* liegt und für den *Behandlungszweck erforderlich* ist.

Diese beiden *Gebote der Wirtschaftlichkeit* betreffen das ärztliche Handeln in *jedem Einzelfall*, was bisher immer das Ziel in der individuellen Sprechstunde ist und war. Daraus eine gesamte Kostenneutralität abzuleiten, ist unzulässig.

KVG Art. 43, Abs. 6

setzt Vertragspartnern und Behörden dass Ziel, dass eine zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.

Auch daraus kann keine Kostenneutralität konstruiert werden, da im gleichen Absatz eine qualitativ hochstehende ärztliche Versorgung verlangt wird. Was qualitativ hochstehend bedeutet, bestimmt der aktuelle Stand der medizinische Wissenschaft, nicht das Gesetz!

KVG Art. 43, Abs. 4

schreibt vor, dass bei Tarifen und Preisen auf eine *betriebswirtschaftliche Bemessung* zu achten ist. Der Bundesrat nimmt als Massstab für die Wirtschaftlichkeit das Einhalten der Kostenneutralität (Beschwerdeentscheid vom 23. August 2006 in Sachen Vertragsverlängerung im Kanton Luzern, Pt. 4.3).

Diese Argumentation ist *völlig absurd und abwegig*, denn *betriebs*wirtschaftlich heisst *kostendeckend* (plus Ertrag) für den Leistungserbringer, und *nicht volks*wirtschaftlich kostenneutral!

Das *Preisüberwachungsgesetz* verlangt vom Preisüberwacher bei seiner Prüfung, die Kostenentwicklung (d.h. Betriebskosten = TL im TARMED) und die Notwendigkeit der Erzielung angemessener Gewinne (d.h. Einkommen = AL) zu berücksichtigen (PüG Art. 13, Abs. 1, Bst. b und c). Auch er darf sich nicht auf die Kostenneutralität berufen! Diese hat bisher einen kostendeckenden Tarif verhindert. Verkaufspreise unter den Gestehungskosten werden in der EU mit empfindlichen Bussen bestraft. Wieso müssen bei Ärzten Dumpingpreise die Regel sein?

Die Kostenneutralität (und deren Steuerung) hat *keine* gesetzliche Grundlage!

Die einzige Art der *Kostensteuerung* ist im *KVG Art. 55* vorgesehen: wenn die durchschnittlichen Kosten je Versicherten und Jahr für ambulante oder stationäre Behandlung doppelt so stark ansteigen wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, so *kann* die zuständige Behörde verordnen, dass die Tarife … *nicht erhöht* werden.

Dies bedeutet einen *Tarifstopp,* wie sie der Bundesrat per Notrecht ab 1. Juli 1992 verordnet hatte und bis zum Beginn des TARMED (1. Januar 2004) in Kraft war. *Keinesfalls* sieht dieser Gesetzespassus ein *Absinken des Tarifes* (und ohne Limite!) vor.

Eine behördlich erzwungene Absenkung entspricht einer *wirtschaftlichen Sanktion, kollektiv* gegen eine Berufsgruppe. Kein eidgenössisches oder kantonales Gesetz kennt solche Strafmassnahmen, auch nicht das Strafgesetzbuch!

Fazit

- Keine andere Berufsgruppe musste eine derartige Einkommenseinbusse hinnehmen. (Tab. 3)
- Die Prämien sind seit KVG-Beginn durchschnittlich um fast 6% pro Jahr gestiegen.
- Tarifstopp und Kostenneutralität beeinflussen somit die Prämien kaum, das Ärzteeinkommen jedoch ganz erheblich!

Grundlagen für künftige Tarifverträge

Die genannten Gesetzesabschnitte bilden die Grundlage für Tarifverträge (qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung, Behandlung im Interesse des Patienten, betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife usw.) Zur Realisierung sind folgende Anhaltspunkte zu beachten:

Einkommen aus Praxistätigkeit

Dieses wird durch die AL erwirtschaftet. Alle vier Tarifpartner (Ärzte, Spitäler, KVG- und UVG-Versicherer) hatten sich auf folgenden *Eckwert* geeinigt: Fr. 207 000.– AHV-pflichtiges Einkommen bei einer Jahresarbeitszeit von 1920 Stunden [3].

Betriebskosten der Praxis

Diese werden durch die TL abgegolten (Generelle Interpretation GI Nr. 42 des TARMED). Wie hoch die tatsächlichen Betriebskosten sind, hat die *Ärzteschaft beizubringen*. Zuverlässige Zahlen ergeben sich z.B. aus der Praxisbuchhaltung (von dipl. Steuerberater erstellt) und aus der Steuererklärung (von Steuerbehörde anerkannt).

Literatur

1 Bundesamt für Statistik und Bundesamt für Gesundheit: www.bag.admin.ch → Themen → Krankenversicherung → Statistiken → Statistik OKP 2004: Grafik G9d und G9e.

2 Hasler N. Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2003 (neu) und 2002 (Re-Evaluation). Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(39):1677-86.

3 Arbeitsgruppe TARMED FMH. Die TARMED-Black-Box, die keine Black-Box ist. Schweiz Ärztezeitung. 2001;82(25):1312-4.

Tabelle 2
Bisherige Preis- und Lohnentwicklung [1].

	1996 (Beginn KVG)	2004 (Beginn TARMED)
Index für Konsumentenpreise LIKP	100	106
Miete und Energie	100	109
Löhne	100	110
ärztliche Leistungen	100	101
durchschnittliche Prämien	100	158

Das *reale Ärzteeinkommen sinkt* seit Jahrzehnten kontinuierlich:

Tabelle 3
Index für AHV-pflichtiges Einkommen (real = indexbereinigt, Zentralwert) [2].

	1971/72	2003
Angestellte	100	126
Ärzte	100	57