



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

TARMED-Tarifeingriff: Wie sich die Massnahmen des Bundesrates pro Facharztgruppe auswirken

Zahlen und Fakten zur Medienmitteilung betreffend
Vernehmlassungsantwort unseres Verbandes

Bern, 22. Mai 2017

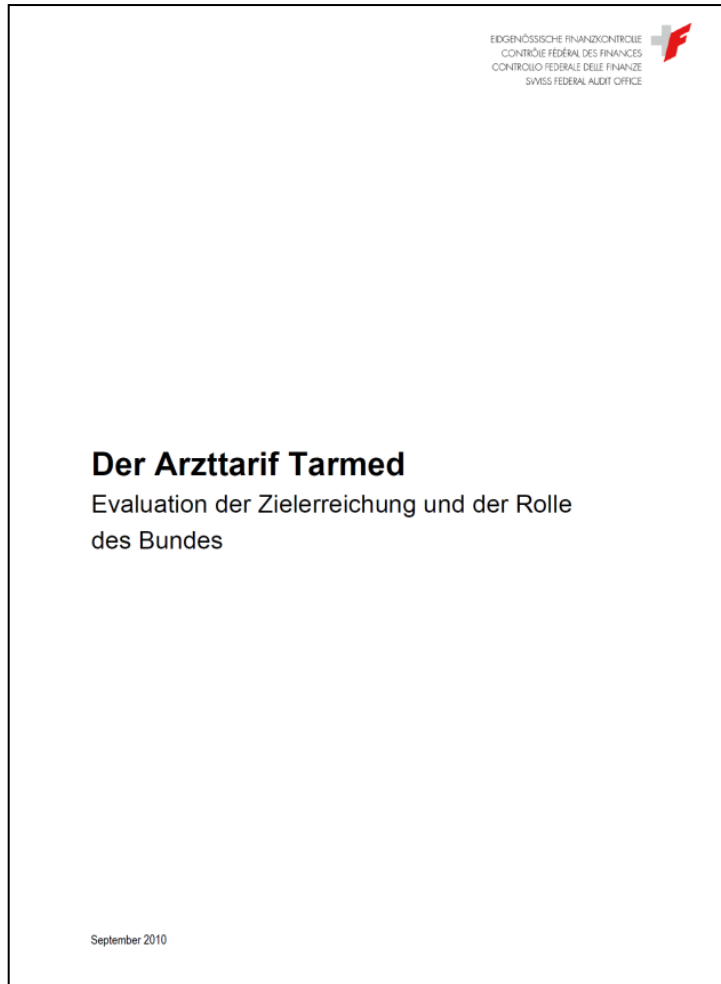
Vernehmlassung curafutura zum Tarmed-Tarifeingriff

Der Tarifeingriff des Bundesrates gibt viel zu reden, also reden wir...

- **Der Eingriff ist richtig und wichtig, weil...**
 - ...endlich etwas gegen die steigenden Gesundheitskosten getan werden muss
 - ...diverse Tarifelemente Fehlanreize setzen und eine Überversorgung bewirken
- **curafutura engagiert sich für sach- und leistungsgerechte Tarife...**
 - ...und hat darum eigene Vorschläge in die Diskussion eingebracht
- **curafutura befürwortet Transparenz und Klarheit und...**
 - ...versucht daher die Diskussion sachlich und entlang von Fakten zu führen

Der Tarifeingriff als Zwischenstation zur Tarmed-Revision

Die Prämienlast drückt immer mehr – es ist Zeit zum Handeln – JETZT!



2010: EFK übt massive Kritik am Tarmed

- Fehltarifierungen
- Benachteiligungen/Begünstigungen
- Beliebigkeit Abrechnungsmuster

2016: Reform der Tarifpartner misslingt

- Keine gemeinsame Tarifeingabe, weil FMH 37% höheren Tarif verlangt
- BR lädt Akteure zu Vorschlägen ein
- curafutura entwirft 600-Mio-Paket

22. März 2017: „BR gibt den Tarif durch“

- BR-Vorlage mit 700-Mio-Einsparung
- Vernehmlassung bis 21. Juni
- Verordnungsentscheid im August
→ Dämpft Prämienanstieg 2018 um 2%
- Keine Kostensenkung, kein Massaker!

Fakten I: Top-10 nach Taxpunkten (2015, absteigend)

Unkontrollierbare Änderung der Verrechnungspraxis treibt Taxpunkte

| Lebtkategorie | Taxpunkte 2015 | Änderung seit 2012 |
|---|----------------|--------------------|
| Arzt-Grundversorger | | |
| 00.0020 (Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)) | 448'360'581 | +9 % |
| 00.0010 (Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)) | 396'807'715 | +3 % |
| 00.0410 (Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung) | 223'052'780 | +14 % |
| 00.0140 (Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Pat. (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.) | 219'868'785 | +27 % |
| 00.0015 (Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis) | 206'600'634 | neu |
| 00.0030 (Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)) | 167'704'261 | +3 % |
| 00.0510 (Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.) | 154'718'506 | +16 % |
| 00.0420 (Umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung) | 50'194'241 | +11 % |
| 00.2285 (Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text) | 48'895'856 | +17 % |
| 00.0520 (Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung) | 48'498'250 | +3 % |
| Spezialarzt | | |
| 02.0020 (Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Einzeltherapie, jede weitere Sitzung) | 607'177'460 | +13 % |
| 00.0010 (Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)) | 229'901'378 | +14 % |
| 02.0210 (Delegierte psychotherapeutische Behandlung in der Arztpraxis, Einzelsitzung) | 223'003'026 | +39 % |
| 00.0020 (Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)) | 188'185'685 | +35 % |
| 00.2110 (Konsiliarische Beratung (Konsilium) durch den Facharzt, pro 5 Min.) | 139'299'334 | +19 % |
| 00.0140 (Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.) | 119'436'556 | +48 % |
| 00.0030 (Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)) | 93'913'702 | +22 % |
| 00.2285 (Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text) | 86'941'037 | +31 % |
| 17.0210 (Echokardiografie, transthorakal, qualitative und quantitative Untersuchung beim Erwachsenen) | 85'691'442 | +23 % |
| 08.0040 (Refraktionsbestimmung, subjektiv, durch Facharzt, beidseitig) | 81'728'302 | +11 % |
| Spital ambulant | | |
| 00.0020 (Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)) | 226'528'416 | +30 % |
| 00.0140 (Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.) | 147'713'784 | +70 % |
| 39.0015 (Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie im Spital, {KVG}) | 110'348'444 | +5 % |
| 00.0010 (Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)) | 110'131'268 | +13 % |
| 00.2285 (Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text) | 103'856'186 | +35 % |
| 32.0510 (Beschleunigtertherapie, erstes Volumen) | 77'558'783 | +9 % |
| 00.0410 (Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung) | 75'302'821 | +30 % |
| 00.2110 (Konsiliarische Beratung (Konsilium) durch den Facharzt, pro 5 Min.) | 54'561'016 | +16 % |
| 00.1440 (nichtärztliche Behandlung und Betreuung, onkologischer/hämatologischer/diabetologischer Patienten) | 52'992'159 | +23 % |

Zeitleistungen wachsen zweistellig

- Delegierte Psychologen +39%
- Psychiatrie +13%

Leistung in Abwesenheit der Patienten

- Spitäler +70%
- Spezialisten +48%
- Grundversorger +27%

Anstieg zur Recht oder zu Unrecht?

- Patient kann es nicht nachvollziehen

Fakten II: Top-10-Taxpunkte nach Kapiteln (2012 – 2015)

Pro Patient immer mehr Tätigkeiten verrichtet/verrechnet (+10%)

| Kapitel | 2012 | 2015 | Änderung seit 2012 |
|---|--------------|---------------|--------------------|
| Total Taxpunkte | 9'584 | 11'540 | +20 % |
| * 00-Grundleistungen | 3'987 | 4'943 | +24 % |
| 39-Bildgebende Verfahren | 1'523 | 1'753 | +15 % |
| 02-Psychiatrie | 1'182 | 1'403 | +19 % |
| 08-Auge | 535 | 683 | +28 % |
| 17-Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen | 321 | 375 | +17 % |
| 35-Operationssaal (OP), Aufwachraum, Tagesklinik | 222 | 270 | +22 % |
| 32-Radioonkologie, Strahlentherapie | 243 | 270 | +11 % |
| 19-Diagnostik und nichtchirurgische Therapie des Gastrointestinaltraktes | 219 | 264 | +20 % |
| 37-Klinische Pathologie (Autopsie, Histologie, Zytologie) und Rechtsmedizin | 197 | 237 | +20 % |
| 04-Haut, Weichteile | 184 | 213 | +16 % |

* Die Grundleistungen machen 40 Prozent aller Taxpunkte aus

Quelle: Helsana Ausgabenreport 2016

13 Massnahmen des Bundesrates für den Tarifeingriff

1. Neubewertungen der Taxpunkte

- Vereinheitlichung quantitativer Dignitätsfaktor für alle Leistungen
- Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten
- Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten
- Vereinheitlichung Berichtszeit und Streichung «Leistung im engeren Sinn» bei CT-/MRI-Leistungen
- Senkung zu hoher Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen
- Umwandlung von Handlungsleistungen «Untersuchung durch Facharzt» in Zeitleistung

2. Änderung der Abrechnungsregeln

- Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte
- Präzisierung der Interpretation und Senkung Limitation der «Leistung in Abwesenheit»
- Präzisierung der Interpretation der «Notfallzuschläge»
- Präzisierung der Interpretation der «Punktion/Blutentnahme durch nicht-ärztliches Personal»
- Präzisierung und Umtarifierung der «Instruktion zur Selbstmessung, Selbstbehandlung»

3. Weitere Änderungen

- Streichung des Logistik-Zuschlags
- Streichung stationäre Leistungen und UVG/MV/IV-Leistungen
- ❖ Eintarifierung Leistungsgruppe «LG-03» zur Zuschlagsposition Hausarztmedizin

Grundsätzliche Bemerkungen zum Tarifeingriff

Einsparung von CHF 700 Mio. realistisch (Dämpfung Prämienanstieg um 2%)

Spareffekt der Massnahmen 1 – 6 entspricht ca. 500 Mio. TP (CHF 450 Mio.)

→ Detailübersicht der Effekte auf die verschiedenen Facharzt-Gruppen auf Folie 5

Spareffekt der Massnahmen 7 – 8 entspricht ca. 300 Mio. TP (CHF 270 Mio.)

→ Die Schätzung basiert auf Individualdaten der Versicherten.

→ Die effektive Auswirkung ist abhängig vom zukünftigen Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer sowie der Kontrolle der Patienten und Versicherten.

Insgesamt setzt der Bundesrat den Hebel an den richtigen Stellen an

→ Die Spitzen der bekannten übertarifierten Leistungsbereiche werden gekappt

→ Die bekannten untertarifierten Leistungsbereiche werden besser gestellt

→ Die Grundversorgung wird gestärkt

Auswirkungen auf «globaler Ebene»

→ Ärztliche Grundleistungen werden (für alle Ärzte) um 7% erhöht (auch der Hausarztzuschlag)

→ Haus- und Kinderarzt-Leistungen werden leicht aufgewertet

→ Spezialärztliche Leistungen werden durchschnittlich um 5.6% reduziert (mengengewichtet)

→ Einzelne Spezialärzte liegen zwischen 0 und maximal 18% (Gastroenterologen)

Der Eingriff des Bundesrates ist hart, aber fair sowie wichtig und richtig.

Neubewertungen der Leistungen (Massnahmen 1 – 6; CHF 450 Mio.)

| Facharzt-Gruppe | Differenz zum aktuellen Tarif | |
|--|-------------------------------|--------------|
| | Taxpunkte Absolut | Relativ |
| Allgemeine Innere Medizin | 42'191'000 | 2.3% |
| Kinder- und Jugendmedizin | 4'480'000 | 1.2% |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | 1'051'000 | 0.2% |
| praktischer Arzt / Ärztin | -4'085'000 | -1.2% |
| Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates | -1'676'000 | -1.3% |
| Kinderchirurgie | -79'000 | -2.2% |
| Oto-Rhino-Laryngologie | -3'703'000 | -2.4% |
| Rheumatologie | -3'391'000 | -2.9% |
| Psychiatrie und Psychotherapie | -26'571'000 | -3.5% |
| Gruppenpraxen | -20'210'000 | -3.9% |
| Ophthalmologie | -53'675'000 | -8.6% |
| Kardiologie | -24'556'000 | -10.4% |
| Radio-Onkologie und Strahlentherapie | -3'708'000 | -11.1% |
| Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie | -4'099'000 | -11.3% |
| Radiologie | -50'330'000 | -12.9% |
| Gastroenterologie | -43'557'000 | -18.4% |
| Arztpraxen | -221'727'000 | -3.0% |
| Spitalambulatorien | -301'888'000 | -7.3% |
| Total | -523'615'000 | -4.6% |

Datenquellen und Annahme:

- SASIS AG, Tarifpool Monatsdaten Dez. 2016 / Auswertung curafutura nach Geschäftsjahr 2016, hochgerechnet TARMED-Leistungen gemäss Datenpool
- Tarifbrowser TARMED 1.08_BR und 1.09
- Annahme Massnahme 6: Bei jeder 4. Untersuchung durch den Facharzt wird eine Einheit weniger als das neue an einer Sitzung verrechenbare Maximum verrechnet.

Effekte Änderung der Abrechnungsregeln (Massnahmen 7 – 11)

Anwender-Effekte sind statisch berechnet und für die Zukunft nicht genau abschätzbar bzw. abhängig von verschiedenen Faktoren

Faktor Leistungserbringer

- Abrechnungsverhalten: «Ausweich- und Aufweich-Verhalten» auf andere Leistungspositionen ist nicht bzw. schwer prognostizierbar
- Durchschnittliche Konsultationsdauern liegen unter der Limite, somit marginale Auswirkung für gut ausgelastete und effizient arbeitende Leistungserbringer
- Patientenmix bezüglich Morbidität

Faktor Mitwirkung der Patienten bei der Rechnungskontrolle

- Eingriff verbessert die Transparenz und stärkt die Rolle/Verantwortung der Patienten
- Transparente Patienten-Information durch Publikation der Tarifstruktur und der Regeln im Internet (Forderung curafutura) sowie unaufgeforderte Zustellung der Rechnungskopie

Faktor der Leistungs- und Abrechnungskontrolle der Versicherer

- Versicherer richten ihre Rechnungsprüfung zeitgerecht und konsequent auf neue Regeln aus

Faktor zukünftiges Leistungsvolumen

- Tarifeingriff ändert Bewertung der Leistungspositionen und Regeln, jedoch nicht die steigende Nachfrage (Inanspruchnahme, Überweisungsverhalten, Therapiewahl, Notfalltriage, etc.)

Kontakte für Medienanfragen

Pius Zängerle, Direktor curafutura

079 653 12 60; pius.zaengerle@curafutura.ch

Rob Hartmans, Kommunikation

079 254 03 66, rob.hartmans@curafutura.ch

**Anhang auf den Folgeseiten:
Kommentare zu einzelnen Massnahmen**

Einheitliche Honorierung fachärztlicher Leistungen

Anpassung bzw. Vereinheitlichung des sogenannten Dignitätsfaktors

- **Stossrichtung der Massnahme:** Facharztleistungen werden neu einheitlich mit dem Faktor 0.968 honoriert und nicht mehr in einer Bandbreite zwischen 0.905 und 2.2625 Punkten.
- **Warum die Massnahme gerechtfertigt und sinnvoll ist:** Die Ausbildungsdauern zum Facharzt haben sich angeglichen, weshalb abgestufte Dignitäten zum «Lebenseinkommen»-Ausgleich obsolet geworden sind.
- **Was dabei auch noch zu bedenken ist:** Der neue, einheitliche Dignitätsfaktor wertet die Grundleistungen und die Patientengespräche um 3,7% auf, was allgemeinem Konsens nach Förderung der Grundversorgung entspricht.
- **Und noch ein Gedanke aus Optik der Patienten/Versicherten:** Warum fällt die Rechnung des Spezialisten bis zu 2,5-mal höher aus als die des Hausarztes, obwohl dieser mich genauso lange und gründlich untersucht und behandelt?

Anpassung der OP-Produktivitäten an die Wirklichkeit

Korrektur eines politischen Kompromisses bei der Tarmed-Einführung

- **Stossrichtung der Massnahme:** Die Produktivität in den Operationsleistungsbereichen wird angehoben und reduziert damit die Anzahl Taxpunkte für spezialärztliche Leistungen.
- **Warum die Massnahme gerechtfertigt und sinnvoll ist:** Die im Tarmed vorgegebenen OP-Produktivitäten entsprechen nicht der Realität. In Wirklichkeit (empirisch gemessen) liegen die Produktivitäten deutlich höher.
→ Beispiel Katarakt (OP I): 6.6 Std/Tag (72%) statt nur 4.1 Std/Tag (45%)
- **Was dabei auch noch zu bedenken ist:** Die heutigen OP-Produktivitäten entspringen einer «Handkorrektur» bei der damaligen Tarmed-Einführung. Damit wurden die Spezialisten zur Tarmed-Zustimmung motiviert.
- **Und noch ein Gedanke aus Optik der Patienten/Versicherten:** Die Rechnung, die ich an meine Versicherung weitergeleitet habe, war ziemlich hoch im Verhältnis zur Dauer des Eingriffs. Liegt das am Einsatz der teuren Geräte?

CT/MRI-Diagnostik: Abgeltung gemäss effektiver Arztleistung

Der Arzt wird einmalig für seinen Befund und seinen Bericht honoriert

- **Stossrichtung der Massnahme:** Der Arzt wird ausschliesslich für Befund und Bericht honoriert. Die Berichtsdauer wird vereinheitlicht und teilweise erhöht:
→ CT fix 20 Min. (statt 3 – 21 Min.) und MRI 25 Min. (statt 8 – 33 Min.)
- **Warum die Massnahme gerechtfertigt und sinnvoll ist:** Eine Honorierung nach effektiver Arztleistung ist einfacher und transparenter. Für CT/MRI, die von nicht-ärztlichem Fachpersonal durchgeführt werden, braucht es keine separate Entschädigungsklasse namens «Leistung im engeren Sinn» (LieS) mehr.
- **Was dabei auch noch zu bedenken ist:** Neben «LieS» entfallen auch Honorare für «Bericht bei weiterer Serie». Zudem ist keine Doppelverrechnung durch den Facharzt Radiologie mehr möglich.
- **Und noch ein Gedanke aus Optik der Patienten/Versicherten:** Der Rechnung nach zu schliessen, erhält der Arzt für diesen Untersuch ein Honorar. Ich frage mich aber wofür? Ich habe den Arzt beim Untersuch gar nicht gesehen?

Senkung zu hoher Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen

Der med.-techn. Fortschritt verkürzt den Aufwand der Ärzte z.T. erheblich

- **Stossrichtung der Massnahme:** Der Arzt wird nach effektivem Aufwand honoriert. Nicht erbrachter Zeitaufwand darf nicht entschädigt werden, was bei 20 Leistungspositionen zur Senkung der Minutagen führt.
- **Warum die Massnahme gerechtfertigt und sinnvoll ist:** Untersuchungs- und Eingriffsverfahren sowie moderne technische Mittel und Diagnosegeräte reduzieren den Zeitbedarf der Ärzte, insbesondere bei Kataraktoperationen, Glaskörperbiopsie, Belastungs- und Holter-EKG oder Koloskopie.
- **Was dabei auch noch zu bedenken ist:** In allen Branchen profitieren die Verbrauchern von Produktivitätsgewinnen. Warum nicht auch beim Arzt?
- **Und noch ein Gedanke aus Optik der Patienten/Versicherten:** Warum muss meine Krankenversicherung 30 Minuten für eine intravitreale Injektion in das Auge bezahlen, wenn das nur ein paar Minuten dauert?
→ Video: <https://www.youtube.com/watch?v=HRM9LaPnbUw>

Elektronische Abrechnung erfordert keinen Spezialanreiz mehr

Gleiche Regeln für alle Ärzte verhindern Fehlanreize/Mengenausweitung

- **Stossrichtung der Massnahme:** Limitationen gelten neu für alle Ärzte, auch für jene, die elektronisch abrechnen.
- **Warum die Massnahme gerechtfertigt und sinnvoll ist:** 20 Leistungen, darunter die 15 volumenstärksten Leitungen, haben eine Mengenlimitation. Allerdings gilt diese nur für Praxen, die nicht elektronisch abrechnen, was in Anbetracht der heutigen Gegebenheiten nicht mehr zeitgemäss ist.
- **Was dabei auch noch zu bedenken ist:** Elektronische Abrechnung ist im Zuge der Digitalisierung gang und gäbe und rechtfertigt keinen Zuschlag. Die Anwendung der einheitlichen Regel wird eine Mengenreduktion nach sich ziehen und setzt insofern einen Anreiz, die Zeit effizienter zu nutzen.
- **Und noch ein Gedanke aus Optik der Ärzte:** Nur weil Kollege X elektronisch abrechnet, darf er mehr Leistungen aufschreiben als ich? Wer hat denn diese Spielregeln eingeführt – und wann?

Licht ins Dunkel bezüglich «Leistung in Abwesenheit» (LiA)

Transparenz und Klarheit ermöglichen wirksame Rechnungskontrolle

- **Stossrichtung der Massnahme:** Mehr Transparenz über die geleistete Arbeit des Arztes durch Aufhebung der elektronischen Sonderregelung sowie die Aufteilung der «LiA» (Kapitel Grundleistungen und Psychiatrie) in einzelne Handlungen. Die Halbierung der Limitation dämpft das Mengenwachstum.
- **Warum die Massnahme gerechtfertigt und sinnvoll ist:** «LiA» wird heute inflationär verrechnet, was sich in einer enormen Mengenausweitung zeigt, vor allem im Bereich spitalambulant und bei Psychiatern/Fachpsychologen. Zudem wird diese Leistungsposition zunehmend falsch verwendet.
- **Was dabei auch noch zu bedenken ist:** Dieser «Gummiparagraf» verhindert eine ordentliche Rechnungskontrolle und fördert eine «Ertragsoptimierung».
- **Und noch ein Gedanke aus Optik der Patienten/Versicherten:** Ich will die erbrachte Leistung meines Arztes nachvollziehen können – so, wie ich das auch bei anderen Dienstleistungen im Alltag gewohnt bin.

Notfalltarif: Beschränkung auf die eigentliche Idee dahinter

Die Interpretation der Tarmed-Notfallpauschalen wird angepasst

- **Stossrichtung der Massnahme:** Keine «Notfall-Inkonvenienz-Pauschalen» mehr für Organisationen nach Art. 36a KVG («Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen»), die ihr Angebot gezielt auf Notfälle ausrichten.
- **Warum die Massnahme gerechtfertigt und sinnvoll ist:** Wo Infrastruktur, Betrieb und personelle Ausstattung explizit auf Notfälle ausgerichtet sind (Notfallpraxis), wird der Notfall zum Normalfall («Notfall-Geschäftsmodell»).
- **Was dabei auch noch zu bedenken ist:** Spitäler erhalten keine Pauschale. Was spricht also dagegen, diese Regelung auch auf die wachsende Zahl von Notfall-Praxen anzuwenden?
- **Und noch ein Gedanke aus Optik der Spitäler:** Warum wird eine auf Notfälle spezialisierte Permanence anders reguliert als öffentliche Spitäler?

Streichung des Logistik-Zuschlags

Ärzte für Expertise honorieren und nicht für teure Mittel/Gegenstände

- **Stossrichtung der Massnahme:** Logistikzuschläge werden an die heutigen Gegebenheiten angepasst und schaffen so einen willkommenen Anreiz für Wirtschaftlichkeit. Zudem werden doppelte Abgeltungen verhindert.
- **Warum die Massnahme gerechtfertigt und sinnvoll ist:** Verbrauchsmaterial und Implantate >CHF 3 werden mit einem «Logistik»-Zuschlag von 10% verrechnet, obwohl teure Mittel nicht mehr Logistikkosten verursachen.
- **Was dabei auch noch zu bedenken ist:** Progressive Logistikzuschläge verhindern Kostenbewusstsein bzw. zeitgemässes Beschaffungswesen.

*Einkaufspreis Herzschrittmacher
«XYZ 740 DR-T ProMRI»
→ Logistikzuschlag 10 %*



- **Und noch ein Gedanke aus Optik der Versicherer:** Warum sollen wir (zu) hohe Beschaffungskosten mit (zu) hohen Logistikzuschlägen doppelt belohnen?