

Forum

Pharmagewinn und Taxpunktwert – eine Auslegeordnung

Im Kanton Luzern besteht heute ein sogenannter Mischtarif, d.h., die ärztlichen Grundleistungen sind schlecht abgegolten, dafür besteht die Möglichkeit zur Selbstdispensation. Für Grundversorger bedeutet dies, dass rund die Hälfte des Einkommens aus ärztlicher Leistung erwirtschaftet wird, die andere Hälfte aus dem Gewinn aus dem Pharmahandel stammt. Gemäss ROKO-Daten 1997 wird so ein Gesamteinkommen erzielt, das knapp unter dem Referezeinkommen für TarMed liegt. Im Rahmen der Konsultation wird der Patient über Wirkung, Nebenwirkungen und Einnahmehemodius eines Medikamentes aufgeklärt, und dieses wird anschliessend rezeptiert mit Abgabe durch den Apotheker, oder es wird direkt verkauft. Der Tarifdelegierte der FMH, und auch des Kantons Luzern, Herr Dr. med. W. Häuptli, FMH Angiologie, will die gewinnbringende Selbstdispensation aufheben: Er fordert, der Gewinn aus dem Pharmahandel (20% des Medikamentenumsatzes) sei auf den Taxpunktwert umzulagern. So könne verhindert werden, dass nach Einführung von TarMed und bei unveränderter

Pharmaabteilung Spezialisten weniger als die Grundversorger verdienen würden. Zur Unterstützung dieser Behauptung bedient er sich der statistisch nicht relevanten ROKO-Daten 1997 der Zentralschweiz [1]. Aufgrund dieser Daten erzielten bereits 1997 die Kardiologen und Ophthalmologen ein tieferes Einkommen als die Allgemeininternisten, die Gynäkologen ein tieferes Einkommen als die Allgemeinmediziner! Dass invasiv tätige Spezialisten einen nicht unerheblichen Anteil ihres Einkommens aus Zusatzversicherungen durch Behandlung Privat- und Halbprivatversicherter erzielen, bleibt bei allen Überlegungen und Berechnungen ausgeklammert. Durch Umlagerung des Pharmagewinns – v.a. durch die Grundversorger erwirtschaftet – auf den Taxpunktwert, was Spezialisten und Grundversorgern zugute kommt, wird eine durchschnittliche Verlagerung von Fr. 25–30 000/Jahr von den Grundversorgern zu den Spezialisten erreicht [2]. Unter der Annahme, dass durch die Umlagerung der Taxpunktwert um knapp 8% angehoben werden kann und dass zwei Drittel des Gesamtumsatzes für Praxiskosten aufgewendet werden, ergibt sich im Kanton Luzern folgende Einkommensverschiebung (EV), je nach Anteil

Umsatz durch ärztliche Leistung (UA) zu Umsatz durch Medikamente (UM):

UA:UM = 100:0; EV: +24%.

UA:UM = 90:10; EV: +15%.

UA:UM = 70:30; EV: +2%.

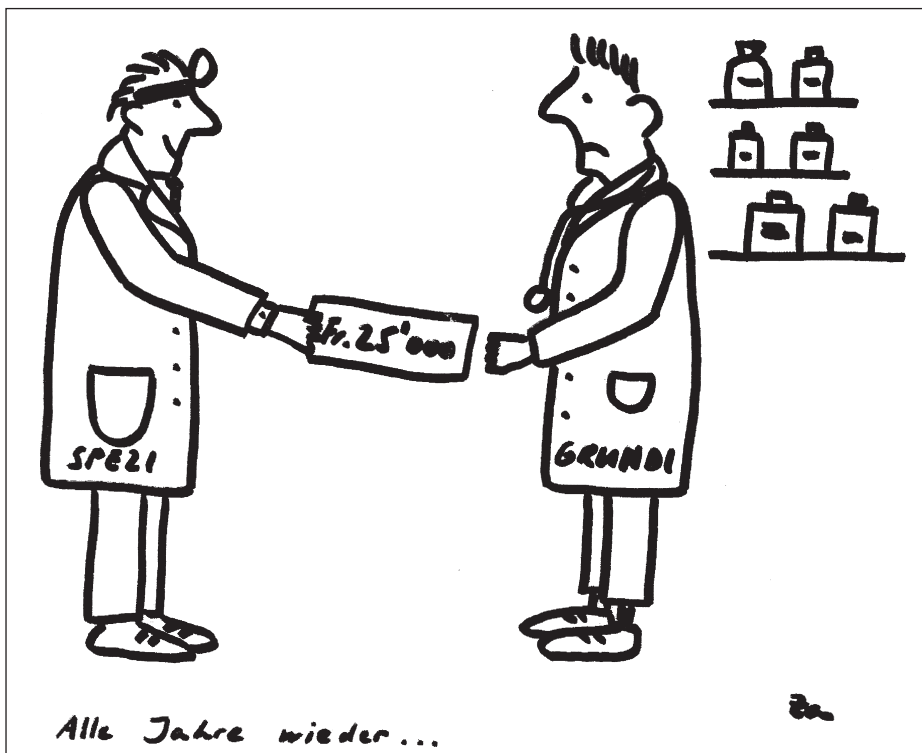
UA:UM = 50:50; EV: –18%.

UA:UM = 40:60; EV: –25%.

Die Einkommensverschiebung ist abhängig davon, wie viele Ärzte mit Selbstdispensation solchen ohne Selbstdispensation im Gesamtkollektiv gegenüberstehen. In ländlichen Kantonen wie Uri oder Unterwalden wird die Verschiebung deutlich kleiner sein. TarMed sollte zu einer Annäherung der tiefen Grundversorger-Einkommen zu den hohen Spezialärzte-Einkommen führen. Mit der von Dr. Häuptli geforderten Umlagerung wird das Gegenteil erreicht. Leider etwas voreilig, ohne Diskussion mit der Basis – die Mehrheit sind Grundversorger –, haben die Vorstände der selbstdispensierenden Kantone diese Umlagerung begrüsst und einen entsprechenden Antrag an die FMH gerichtet [3].

Voraussichtlich zehn Jahre nach Einführung von TarMed werden die Einkommen der Grundversorger ohnehin geschmälert, da dann die sogenannten wohlverworbenen Rechte bzw. die Besitzstandswahrung (zumeist höherer Dignität als die der Grundleistungen zugeordnet) erlöschen.

Als weiteres Argument führt Dr. Häuptli ins Feld, dass in Zukunft die Marge auf den Medikamenten stark sinken werde. Es sei besser, den Gewinn aus dem Pharmahandel ein für allemal ans Trockene zu bringen, durch Umlagerung auf den Taxpunktwert [1]. Auch dies eine reine Behauptung. In den letzten zehn Jahren hat der Gewinn aus dem Pharmahandel kontinuierlich zugenommen – im Gegensatz zu den vielerorts eingefrorenen Taxpunktwerten. Im Hinblick auf die Einführung der leistungsorientierten Medikamentenabgabe (LOA) haben etwelche Grossisten ihre Kalkulationsbasis für die Dienstleistungen neu berechnet, mit dem Effekt, dass ab dem 1.1.01 – entgegen den Unkenrufen von Dr. Häuptli im letzten Herbst – die Marge angestiegen ist! Selbst bei sinkender Marge ist in Zukunft wegen Verlagerung zu teureren Medikamenten (z.B.: CO₂-Hemmer statt NSAR, Gliazide statt Sulfonylharnstoffe) mit steigendem Ge-



winn aus dem Pharmahandel zu rechnen. Um dieser Entwicklung die Spitze zu brechen, wurde ja eben LOA eingeführt – mit Anhebung der Publikumspreise für Medikamente bis 50 und ab 800 Franken und Senkung der Publikumspreise für Medikamente zwischen 50 und 800 Franken.

Zudem ist eine Reduktion des Ex-factory-Preises nicht gleichbedeutend mit schrumpfendem Gewinn aus dem Pharmahandel. Die demographische Entwicklung der Bevölkerung wird den Medikamentenkonsum anwachsen lassen.

Werden Gewinne aus dem Verkauf von Endoprothesen, Osteosynthesematerialien, intraokulären Linsen, Herzschrittmachern u.a.m. auch umgelagert? Oder liege ich falsch, und es gibt hier keine Marge?

Gilt diese Umlagerung auch für den Bereich der Unfallversicherung? Oder ist in Zukunft ein Schmerzmittel für Krankenkassenpatienten günstiger als für Unfallpatienten abzugeben?

Weitere Problemkreise zeichnen sich ab bei Umlagerung des Pharmagewinns auf den Taxpunktwert:

- Ist der Gewinn aus dem Pharmahandel auf die ärztliche Leistung (Taxpunktwert) geschlagen, müssen folgerichtig die Publikumspreise für Medikamente beim selbstdispensierenden Arzt 20% billiger sein als in der Apotheke. Eine Wettbewerbsverzerrung, die die Apotheker kaum goutieren werden und sie erst recht gegen die Selbstdispensation Sturm laufen lassen wird. Dr. Häuptli behauptet aber, eine solche Umlagerung werde das Verhältnis zu den Apothekern entspannen [4].
- Der Pharmagewinn ist eine jährlich sich ändernde – in den letzten Jahren stets wachsende Grösse. Soll nun der

Taxpunktwert jährlich dem umzulagernden Pharmagewinn angepasst werden? Wohl kaum. Somit wird in Zukunft der Überschuss den Krankenkassen geschenkt – oder wie Dr. Häuptli behauptet, der Verlust von den Krankenkasse getragen. Wie lange?

- Unberechenbar ist zudem der Einfluss der Preisdifferenz von 20% zwischen selbstdispensierendem Arzt und Apotheker auf die Distributionskanäle der Medikamente: Werden in Zukunft die Patienten von den Krankenkassen angehalten, wenn immer möglich die Medikamente beim billigeren selbstdispensierenden Arzt zu beziehen? Oder verschwindet die Selbstdispensation, da sie nicht mehr gewinnbringend ist?
- Die Patienten würden einen Teil der Medikamentenkosten, den Anteil der Umlagerung, über die ärztliche Leistung finanzieren: Derjenige, der nur ärztliche Leistungen bezieht oder seine Medikamente durch den Apotheker rezeptiert erhält, zahlt zuviel. Derjenige, der vorwiegend Medikamente über den SD-Arzt bezieht, ohne auf ärztliche Leistung angewiesen zu sein, wird durch den Systemwechsel profitieren.
- Durch den Systemwechsel mit Teilfinanzierung der Medikamente über die ärztliche Leistung wird es in Zukunft nicht mehr möglich sein, die Kosten der beiden Distributionskanäle Selbstdispensation versus Apotheker gegenüberzustellen. Dies ist nur möglich bei identischer Entschädigung beider Distributionskanäle – wie bisher.
- Auch in Kantonen ohne Selbstdispensation ist die Abgabe von Medikamen-

ten durch die Ärzteschaft (Erstabgabe) nicht unwesentlich [5]. Soll diese Umlagerung gesamtschweizerisch stattfinden? Oder nur in reinen Selbstdispensationskantonen? Oder auch in Mischkantonen wie Zürich/Graubünden?

Fragen über Fragen, die ungelöst sind. Nicht ohne Grund bezeichnete Dr. Bapst eine Verquickung zwischen TarMed und LOA als problematisch [5].

Heute bestehen in Kantonen mit Selbstdispensation ärztlicher Tarif und Pharmahandel nebeneinander, so wie auch unterschiedliche Tarife für Grundversicherte und Zusatzversicherte nebeneinander bestehen. Unter TarMed und auch davor gilt es das gleiche Modell zu verankern, nämlich eine Pharmaabgeltung für selbstdispensierende Ärzte nach der gleichen Tarifverordnung, wie sie für Apotheker gilt. So bleibt der Pharmagewinn wie bisher bei den Grundversorgern, Apotheker und Ärzte haben bei gleichen Publikumspreisen die gleichlangen Spiesse, und auch die übrigen Probleme entfallen. Klar wird dadurch der Taxpunktwert in Kantonen mit Selbstdispensation wohl wie bisher tiefer sein als in Kantonen ohne Selbstdispensation.

Die Fachgesellschaften SGAM, SGIM und deren kantonale Sektionen haben sich bisher zu dieser Problematik ausgesprochen.

Dr. Bruno Zaugg
Oberfeld 1, CH-6102 Malters

Literatur

- 1 Luzerner Arzt Nr. 43.
- 2 Vortrag Dr. Häuptli an VLAM-Sitzung.
- 3 Protokoll Luzerner Delegiertenrat, Sept. 00.
- 4 Protokoll Luzerner Delegiertenrat, Feb. 01.
- 5 Tagung «DMA vor dem Ende», Dez. 00.