

Kostenneutralität – Vom Politikum zum technischen Hilfsmittel

Zusammenfassung: Das nun vorliegende Kostenneutralitätskonzept dient der gesteuerten und damit für alle Partner sicheren Einführung von TarMed. Ohne eine kurze, mit Steuerungsinstrumenten versehene Einführungsphase könnte TarMed trotz aller Vorausberechnungen nicht eingeführt werden, und das Tarifwesen wäre einmal mehr Spielball der politischen Kräfte. Dabei dürfen wir nicht ausser Acht lassen, dass nur eine in sich kohärente Tarifstruktur mit korrekter Bewertung der ärztlichen Tätigkeit die richtigen Anreize für eine zukunftsgerichtete, qualitativ hochstehende Medizin setzt.

Die Umstellung aller bisher bestehenden Einzelleistungstarife im Sozialversicherungsbereich, welche der Honorierung der ärztlichen Tätigkeit zugrunde liegen auf eine einheitliche Tarifstruktur wie sie das KVG vorsieht ist eine ausserordentlich schwierige Aufgabe. Die 26 verschiedenen kantonalen Arzttarife, der Spitalleistungskatalog für die ambulanten Spitalleistungen und der UV/MV/IV-Tarif haben ebenso viele unterschiedliche Ausgangslagen geschaffen. Bringt TarMed in einem Kanton eine seit langem angestrebte Verbesserung in einem Bereich, können in einem anderen Kanton die Auswirkungen gerade konträr sein.

Ebenfalls unterschiedlich ist die Sensitivität der verschiedenen Kostenträger auf die Arztkosten. Sind für die Krankenversicherer nur die Heilungskosten wichtig, so spielen bei den Unfallversicherern die Kosten des Arbeitsausfalles eine eher grössere Rolle.

Die Qualität der Tarifstruktur ist zentral

Je grösser die Unterschiede in der Ausgangslage sind, desto wichtiger ist, dass die neue Tarifstruktur in sich «stimmt». TarMed basiert gross auf betriebswirtschaftlichen

Grundlagen für den Infrastrukturteil (TL) des Tarifes, die Abstufung der ärztlichen Leistungen (AL) auf den Ausbildungsanforderungen (Dignitäten). Beiden Teilen ist ein Zeitbedarf und eine gewisse Produktivität hinterlegt. Nur wenn alle diese Elemente möglichst korrekt festgelegt sind, und auch die heutigen Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeitsabläufe im Operationssaal) widerspiegeln, entsteht ein in sich kohärentes Tarifwerk.

Das Wissen um eine kostenneutrale Einführung hat bei denjenigen Partnern, welche ihre Verantwortung bei den Gesamtkosten sehen oder durch systematisches Unwuchten im Tarif profitieren, wenig Willen erzeugt, die Mängel der Tarifversionen Beta 3 und 1.0 zu korrigieren. So brauchte es die Beschlüsse des runden Tisches im April 2001, um die festgefahrene Situation um die Tarifstruktur zu deblockieren.

Für die Einführungsversion Tarmed 1.1, welche nun in Kürze vorliegen wird, wurden die massivsten, das heisst für die betroffenen Leistungserbringer existenzbedrohenden Fehler korrigiert (Reengineering I). Gleichzeitig wurde der Fahrplan für die 2. Tarifüberarbeitung, das Reengineering II, welches zu einer in sich kohärenten Tarifstruktur führen soll, festgelegt.

Kostenneutralität – ein Politikum

Der Begriff der Kostenneutralität findet sich nirgends im KVG. Hingegen wird die betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarifrätsätze erwähnt.

Durch die Kombination der letzten allgemein zugänglichen Zahlengrundlagen (i.R. 2 Jahre Verspätung!) mit einer langen Beobachtungszeit während der Tarifeinführung (ursprünglich 36 Monate) ergab sich de facto – und dies ohne gesetzliche Grundlage – ein Globalbudget über die Zeitdauer von 5 Jahren. Eine Aussicht, welche bei den Leistungserbringern, d.h. bei den Ärzten, den Spitalern und den Spitalträgerschaften (öffentliche Hand!) vehementesten Widerstand erzeugte. Ein Festhalten an dieser gesundheitspolitischen Zwangsjacke hätte die Einführung von TarMed zum Scheitern verurteilt.

Kostenneutralität – Basis einer gesteuerten Einführung von TarMed

Die Einsicht, die Einführung von TarMed von politischem Ballast zu befreien und das Schwergewicht auf eine technische Steuerung der Einführungsphase zu verlegen hat zum jetzt vorliegenden Einführungskonzept geführt.

Dieses verfolgt zwei Ziele:

- Das Kostenvolumen der Einführungsphase entspricht den vereinbarten Sollkosten.
- Am Ende der Einführungsphase steht der Taxpunktwert auf der richtigen Höhe.

Die Sollkosten

Die Sollkosten werden als Brutto-Kosten aus der ordentlichen Krankenpflegeversicherung (OKP) pro Sparte (in freier Praxis tätige Ärzte / ambulante Spitalkosten) pro Versicherten pro Monat definiert.

Basis sind die Kosten des Jahres 2001 erhöht um den Faktor 1 für das Jahr 2002 und den Faktor 2 für das Jahr 2003 (= Einführungsjahr). Für alle beteiligten Partner besteht also die Sicherheit, dass es nicht zu massiven Kostenzunahmen – bzw. Umsatzeinbussen kommen wird.

Der Taxpunktwert

Der Starttaxpunktwert wird für die niedergelassenen Ärzte mittels der Transkriptionsmethode berechnet. Ziel der Berechnungen ist eine möglichst genaue Vorausberechnung des definitiven Taxpunktwertes. Am Ende der Einführungsphase wird der definitive Taxpunktwert ermittelt. Die Bewertung aller abgerechneten Arztleistungen mit diesem Taxpunktwert hätte genau die vertraglich festgelegten Sollkosten ergeben.

Kostenneutralitätsphase und Steuerung

Die Kostenneutralitätsphase wurde auf das technisch – statistisch realisierbare Minimum verkürzt. Sie beträgt 18 Monate (12 plus 6). Das heisst, 18 Monate nach Einführung von TarMed findet die letzte Korrektur statt. Die Steuerung erfolgt in erster Linie über den Taxpunktwert durch das Kostenneutralitätsbüro TarMed. Die Parteien legen vorher vertraglich fest, innert welcher Bandbreiten (Start-TPW $\pm x$) gesteuert werden darf.

Andreas Haefeli
Präsident G7¹

¹ Ausschuss der kantonalen Ärztesellschaften; führt im wesentlichen die TarMed-Verhandlungen im KVG-Bereich.

Cyberslang für jedermann

Silva Keberle

In dieser Kleinstrubrik veröffentlicht PrimaryCare die bekanntesten Kürzel, die im e-mail-Verkehr und vor allem in Chatgroups Anwendung finden. CU!

K

kA Kurz für *keine Ahnung*.

kK Kurz für *kluger Kerl*, oder auch: kein Kommentar.

kLm Kurz für *keine Lust mehr*.

knif Kurz für *kommt nicht in Frage*.

ksf? Kurz für *können Schweine fliegen?*

kv Kurz für *kannst Du vergessen*.

Neutralité des coûts – de l'objet politique à l'outil technique

Résumé: Le concept de neutralité des coûts actuellement en discussion doit servir à une introduction «encadrée» du TarMed, et donc à une plus grande sécurité pour tous les partenaires. Malgré tous les calculs préalables qu'on pourrait imaginer, le TarMed ne pourra être introduit sans une brève phase d'observation et d'adaptation, sans quoi il deviendrait une fois de plus le jouet des forces politiques. Nous ne devons en outre pas perdre de vue que seule une structure tarifaire cohérente, prenant en compte de manière correcte la valeur de l'activité médicale, incitera à une Médecine portée vers l'avenir et de haute qualité.

Le passage à un tarif unique tel qu'il est prévu par la LAMal, dans le domaine de l'assurance sociale, à partir de tous les tarifs actuels – tarifs à la prestation qui sont la base de la rémunération de l'activité médicale – est une tâche extraordinairement complexe. Les 26 tarifs cantonaux différents, le catalogue des prestations hospitalières ambulatoires, et le tarif LAA/AM/AI, représentent autant de situation de départ différentes. Que le TarMed apporte dans un canton une amélioration longtemps attendue n'empêchera pas qu'il ait ailleurs un effet diamétralement opposé.

De même, la sensibilité des assureurs aux divers types de frais médicaux est très variable; si, pour les assureurs-maladie, seuls les frais de guérison sont importants, les frais liés à l'incapacité de travail sont essentiels pour les assureurs-accident.

La bonne qualité de la structure tarifaire est essentielle

Il est d'autant plus important que la nouvelle structure tarifaire soit cohérente, que la situation de départ est marquée par de plus grandes différences. Sommairement dit, le TarMed se fonde sur des principes d'économie d'entreprise pour la partie «infrastructures» du tarif (points «TL»), et calcule la gradation des prestations médicales («AL») en fonction des exigences de formation liées à

chaque prestation (concept de «dignité»). Derrière chacune des deux parties du tarif, il y a le calcul du temps nécessaire, et une certaine «productivité», un certain rendement. Ce n'est que si tous ces éléments sont aussi précis que possible et qu'ils correspondent aux conditions réelles de travail (cf. l'organisation du travail en salle d'opération!), qu'une structure tarifaire cohérente peut surgir.

Auprès de tous ceux qui ont réalisé leur responsabilité dans les coûts globaux ou de ceux qui profitent systématiquement des imprécisions du tarif, ce qu'ils savent d'une introduction neutre pour les coûts n'a pas suscité d'enthousiasme pour corriger les carences des versions Bêta 3 et 1.0 ... Il a ainsi fallu les décisions de la table-ronde d'avril 2001 pour débloquer une situation qui s'était enlisée.

Les erreurs les plus massives, c'est-à-dire celles qui menaçaient l'existence-même de certains prestataires, ont été corrigées («reengineering I») dans la version d'introduction du TarMed, la version 1.1, qui doit être publiée très prochainement. Simultanément, on a préparé le plan de travail pour la deuxième série de corrections («reengineering II»), qui devrait mener à une structure réellement cohérente.

La neutralité des coûts, un objet politique

La notion de neutralité des coûts ne se trouve nulle part dans la LAMal; par contre il y est fait mention de l'appui des élaborations tarifaires sur des notions d'économie d'entreprise.

En combinant le travail sur les derniers chiffres comptables disponibles (c'est-à-dire avec un retard de deux ans!) et une période d'observation longue (originellement prévue sur 36 mois), on arrivait *de facto* à une situation de budget global pour une durée de cinq ans – et ceci, de surcroît, sans aucune base légale. Cette perspective a suscité les plus véhémentes protestations de la part des prestataires, à savoir des Médecins, des hôpitaux, et de ceux qui financent les hôpitaux (finances publiques!). De s'en tenir à cette camisole de force politique aurait condamné l'introduction du TarMed à l'échec.

La neutralité des coûts – fondement d’une introduction «encadrée» du TarMed

La perspective d’une introduction du TarMed qui soit libérée du poids de la politique, et d’un accent mis essentiellement sur le suivi technique de cette introduction, a conduit au concept d’introduction actuel.

Ce concept a deux objectifs:

- le volume des coûts pendant la phase d’introduction doit correspondre aux prévisions calculées en commun;
- la valeur du point doit être à son juste niveau à la fin de la phase d’introduction.

Le volume des coûts

Le volume des coûts prévu lors des négociations est défini par les coûts bruts de l’assurance-maladie de base par secteur (Médecins en pratique privée/coûts hospitaliers ambulatoires), par assuré, et par mois.

La référence est le volume des coûts 2001 corrigé d’un facteur Y pour 2002 et d’un facteur Z pour 2003 (l’année d’introduction). Tous les partenaires peuvent ainsi être sûrs de ne pas souffrir d’un accroissement massif des coûts, respectivement d’une baisse massive de revenu.

La valeur du point

La valeur de départ, pour le point, sera calculée par la méthode de «transcription». Le but du calcul sera de parvenir dès l’abord aussi prêt que possible de la valeur définitive du point, qui sera elle-même fixée à la fin de la phase d’introduction. La valeur totale de toutes les prestations médicales facturées avec cette valeur de point devrait correspondre exactement au volume des coûts convenu lors des négociations.

Phase de neutralité des coûts et encadrement

La phase de neutralité des coûts a été raccourcie au minimum possible, sur la base des possibilités techniques et statistiques. Elle couvrira 18 mois (12 + 6). Cela signifie que les dernières corrections auront lieu 18 mois après l’introduction du TarMed. L’encadrement sera assuré par le Bureau de la neutralité des coûts du TarMed, et se fera en premier lieu par le biais de la valeur du point. Les parties auront convenu à l’avance de quelle fourchette de variation (valeur de départ du point $\pm x$) sera autorisée.

Andreas Haefeli

Président du G7¹

¹ Commission des Sociétés cantonales de Médecine, responsable essentiellement des négociations TarMed dans le domaine de l’assurance-maladie.