

Nur eine Übergangslösung

Der zweite Tarifeingriff des Bundesrates

Heidi Zinggeler Fuhrer, Rolf Temperli

Vorstandsmitglieder mfe, Tarifkommission mfe

Der erste Tarifeingriff führte im Rahmen der Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» und des Masterplans zur Einführung des Hausarztzuschlags und zu einer linearen Kürzung der Technischen Leistungen (TL) in mehreren Kapiteln ab Oktober 2014. Das Scheitern der partnerschaftlichen Tarifverhandlungen veranlasst den Bundesrat nun zu einem zweiten Eingriff, der aktuell zur Vernehmlassung aufliegt und am 1. Januar 2018 in Kraft treten soll. Die Vernehmlassung läuft bis am 21. Juni 2017. Neben den direkt angeschriebenen Institutionen steht es allen anderen Organisationen und Einzelpersonen offen, Eingaben zu machen. Wir bitten um Rückmeldungen an die Tarifkommission (yvan.rielle[at]hausarzeschweiz.ch) bis 17. Mai 2017. Dies ist eine provisorische Einschätzung aus Sicht der Tarifkommission mfe. Eine vertiefte Diskussion wird an der Delegiertenversammlung erfolgen.

Einsparungen und Verbesserungen

Mit dem zweiten Tarifeingriff will der Bundesrat 700 Mio. Franken jährlich einsparen und gleichzeitig die Grundleistungen besser abgelten. Die Haus- und Kinderärzte sollen um zirka 1–2% bessergestellt werden.

Gespart werden soll durch die Einebnung der Quantitativen Dignität von bisher durchschnittlich 1,0 auf neu 0,968, durch die Anhebung der Produktivität im operativen Bereich, lineare Kürzung der Technischen Leistung in den vom Bundesrat bezeichneten Sparten und Streichung von Logistik- und Lagerungskosten. Im Einklang mit den Krankenversicherern sieht der Bundesrat auch ein Sparpotenzial in der Wiedereinführung und Verschärfung von Limitationen.

Auswirkungen

Trotz Sparziel will der Bundesrat die Haus- und Kinderärzte um zirka 1–2% besser abgelten. Das erreicht er über die erwähnte Nivellierung der Quantitativen Dignität, wodurch die Grundleistungen besser abgegolten werden. Im Gegenzug führt die Absenkung bei erhöhter Dignität bei vielen anderen Fachärzten zu teilweise

empfindlichen Einbussen im Vergleich zum geltenden Tarif.

Die Erhöhung der Produktivität (das heisst Verkürzung der in einer Handlungsleistung einkalkulierten Wartezeiten) bei sämtlichen operativen Eingriffen wird erhebliche Auswirkungen in der ambulanten Chirurgie haben, ebenso die Kürzung der Minutagen auf spezifischen spezialärztlichen Leistungen.

Beibehaltung, Wiedereinführung (für elektronisch Abrechnende) und Verschärfung der Limitationen sollen zu einer zusätzlichen Kostendämpfung beitragen.

Die lineare Senkung der Technischen Leistung in vielen Sparten ist ebenfalls Bestandteil der Sparmassnahmen.

Beurteilung

Das aktuell geltende Konzept der Quantitativen Dignität, das auf dem Konstrukt der «Hungerjahre während der Weiterbildung» aufbaut, hätte schon längst abgeschafft oder ersetzt werden müssen. Der Dignitätsfaktor 0,905 für FMH-5-Leistungen kostet die Haus- und Kinderärzte zirka 100 Mio. Franken pro Jahr und finanziert kostenneutral die bis maximal 250% höheren Dignitäten anderer Fachrichtungen. mfe forderte stets die Einebnung der Dignität auf 1,0, war aber auch immer bereit, über neue Berechnungsmodelle zu verhandeln, so wie dies aktuell im Rahmen des Projekts Tarco geschieht.

Wird die Quantitative Dignität eingeebnet, so muss der Faktor wieder wie ursprünglich bei 1,0 liegen. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Absenkung auf 0,968 kommt einer Sparmassnahme durch die Hintertür gleich, würde dies doch eine durchschnittliche Lohnkürzung – trotz Verbesserung für Grundleistungen – für die Ärzteschaft von mehr als 3% bedeuten.

Mit dem Vorschlag des Bundesrates würde die Ärztliche Leistung (AL) von Positionen mit der Dignität FMH 5 um 6,9% aufgewertet. Das betrifft die allermeisten von Haus- und Kinderärzten abgerechneten Leistungen. Ärztliche Leistungen mit der Dignität FMH 6 (Psychiatrie, Chirurgie) würden dagegen um 7% gesenkt, solche mit Dignität FMH 7 (Neurologie, Pneumologie)

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
Médicos de Famille et de Enfance Suisse
Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

Redaktionelle
Verantwortung:
Sandra Hügli, mfe

um 11%, mit FMH 8 (Kardiologie, z.B. Ergometrie) um über 20%. mfe begrüsst die Bestrebungen des Bundesrates, die Grundleistungen besser abzugelten und anderen Leistungen gleich zu stellen.

Wenn Haus- und Kinderärzte Leistungen mit Dignität FMH 6 und höher oder in teuren Sparten (z.B. Wundversorgung oder venöse Zugänge im UBR Chirurgie) erbringen, so sind sie von den Kürzungen gleichermaßen betroffen. Abhängig vom Leistungskatalog, den eine haus- und kinderärztliche Praxis abdeckt und abrechnet, wird sich der Tarifeingriff finanziell unterschiedlich auswirken.

Diese Aufwertung der AL für Grundleistungen kommt allerdings gemäss dem Vorschlag des Bundesrats nur Fachärztinnen und Fachärzten mit einem entsprechenden Titel zugute. Die AL der Praktischen Ärzte würde gemäss Bundesrat keine Aufwertung erfahren. mfe ist zusammen mit der FMH der Meinung, dass die Facharztstitel geschützt und gefördert werden müssen und den Praktischen Ärzten die Erlangung eines Facharztstitels ermöglicht werden muss.

Die sogenannte Produktivität hat einen entscheidenden Einfluss auf das Einkommen. Sie sollte auch im Rahmen der Tarifrevision neu berechnet und den realen Gegebenheiten angepasst und entsprechend nach oben oder unten angepasst werden. Der Bundesrat hat in dieser Frage vorgegriffen.

Die Senkung der Kostensätze (TL) in teuren Sparten erfolgt linear und wird vom Bundesrat nicht detailliert begründet. Die Überprüfung der Kostensätze war auch Bestandteil der Revisionsarbeiten. Aus Sicht von mfe soll die TL keine Gewinne ermöglichen, andererseits aber die Personal- und Infrastrukturkosten vollständig abdecken.

Die Überprüfung der Handlungsleistungen und deren Dauer ist Bestandteil des Projekts Tarco und eine Forderung von mfe und FMH.

Die Umwandlung von Handlungs- in Zeitleistungen beim kleinen und grossen Status und beim pädiatrischen Status ist für den Patienten transparent, benachteiligt aber erfahrene und effizient arbeitende Ärzte. Es ist nicht nachvollziehbar, warum einzelne Handlungsleistungen abgeschafft werden sollen und andere nicht.

Die Blutentnahme durch nichtärztliches Personal kann neu auch dann verrechnet werden, wenn in der Praxis keine Laboranalysen durchgeführt werden. Diese Anpassung an die Praxisrealität ist sinnvoll.

Die Leistung in Abwesenheit des Patienten wird neu in sieben Positionen unterteilt. Dies kompliziert Tarif und Abrechnung, fördert aber die Transparenz. Die Tarifkommission mfe begrüsst diese Massnahme, fordert aber erneut die Einführung einer Position «Leis-

tung in Abwesenheit im Auftrag des Versicherers».

Die Limitationen (die tarifarische Beschränkung der Konsultationsdauer, Untersuchungszeit, Beratungszeit, Instruktion, Vorbesprechung, Telefonberatung) werden beibehalten bzw. für elektronisch Abrechnende wieder eingeführt und diejenige für die Ärztliche Leistung in Abwesenheit sogar verschärft (30 Minuten pro drei Monate statt wie bisher 60 Minuten). mfe fordert weiterhin die Aufhebung aller Limitationen. Der Tarif soll es ermöglichen, erbrachte Leistungen korrekt abzurechnen. Limitationen sind medizinisch unsinnig und haben im Tarif nichts zu suchen.

Die Verschärfung der Limitation der Leistung in Abwesenheit ist eine Sparmassnahme, welche die Realität ausblendet. Diese Leistungen werden immer öfter von Dritten eingefordert. Sie werden im Rahmen der – notabene auch vom BAG stark geforderten und geförderten – Interprofessionalität und der entsprechend anfallenden Koordinationsaufgaben weiter zunehmen. Hier sind Limitationen geradezu kontraproduktiv und stehen einer Weiterentwicklung der medizinischen Grundversorgung im Weg.

Die vorgeschlagenen Änderungen im Kapitel Radiologie sind bedeutend, haben aber auf das Praxisröntgen wenig Einfluss.

Zusammenfassung

Der Tarifeingriff des Bundesrates ist insgesamt ein Spareingriff und nicht sachgerecht. Sachgerechtigkeit würde bedeuten, dass erwiesenermassen zu hoch tarifierte Leistungen zwar gesenkt, zu tief tarifierte Leistungen aber auch angehoben werden. Die Aufwertung der ärztlichen Grundleistungen ist zwingend, wird vom Bundesrat anerkannt und mit dem Tarifeingriff angestrebt. Der Tarifeingriff kann jedoch nur eine Übergangslösung sein. Eine Gesamtrevision des Tarifs ist unverändert nötig.

Im Rahmen der Revision wird mfe die längst formulierten Forderungen wieder einbringen: Aufhebung der Halbierung der letzten 5 Minuten, Notwendigkeit einer Dringlichkeitspauschale während der Sprechstunde, Tarifierung nicht-ärztlicher Leistungen, Tarifierung für Leistungen im Rahmen der Interprofessionalität, Anwendbarkeit des Hausarztzuschlags für pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen. Die Krankenversicherer sind ebenso in die Pflicht zu nehmen wie die anderen Tarifpartner.

Der Revisionsprozess Tarco wird von mfe weiterhin unterstützt mit dem Ziel, dem Bundesrat einen sachgerechten Tarif vorlegen zu können, im Idealfall zusammen mit den Tarifpartnern.

Korrespondenz:
Sandra Hügli-Jost
Kommunikationsverantwortliche Hausärzte
Schweiz, Geschäftsstelle
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
Sandra.huegli[at]hausaez-teschweiz.ch