

Braucht es in Zukunft noch einen ambulanten Tarif - und wie müsste er aussehen?

Die Sicht des Ökonomen

Dr. Heinz Locher, Berater im Gesundheitswesen, Bern

Tarifdelegierten-Tag der FMH

Bern, 20. Oktober 2010

www.locher-bern.ch

Teil A: Gesundheitsökonomische Analyse

- 1. Generelle Anforderungen an Tarife und Beurteilung des Tarmed**
- 2. Tarife und Leistungserbringer**
- 3. Tarife und Finanzierungsquellen**
- 4. Tarife, Kosten und Preise**

Teil B: Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- 4. Braucht es in Zukunft noch einen ambulanten Arzttarif?**
- 5. Grundzüge eines neuen Tarifs**
- 6. Zum weiteren Vorgehen**

Referenzen und Lesetips zur gesundheitsökonomischen Literatur beim Referenten erhältlich

Teil A: Gesundheitsökonomische Analyse

1. Generelle Anforderungen an Tarife und Beurteilung des Tarmed

Anforderung	Kommentar	Beurteilung Tarmed
Leistungsbezug	bildet das Leistungsgeschehen ab	ursprünglich gegeben
aktuell	Anpassungen an verändertes Leistungsgeschehen	ist nicht mehr gewährleistet
Unternehmungsmodell-neutral	keine Präferenzierung	Tarmed auf Einzelpraxis ausgerichtet
versorgungsbedarfgerecht	unterstützt Versorgungsbedürfnisse	nur noch teilweise gegeben - fördert die integrierte Versorgung nicht
qualitätssensitiv	expliziter Qualitätsbezug	nicht gegeben
Förderung der Arzt-Patienten-Beziehung	nachvollziehbar, Patient als Leistungsschuldner	bei tiers payant verletzt

2. Tarife als Risikoverteilung zwischen Finanzierer und Leistungserbringer

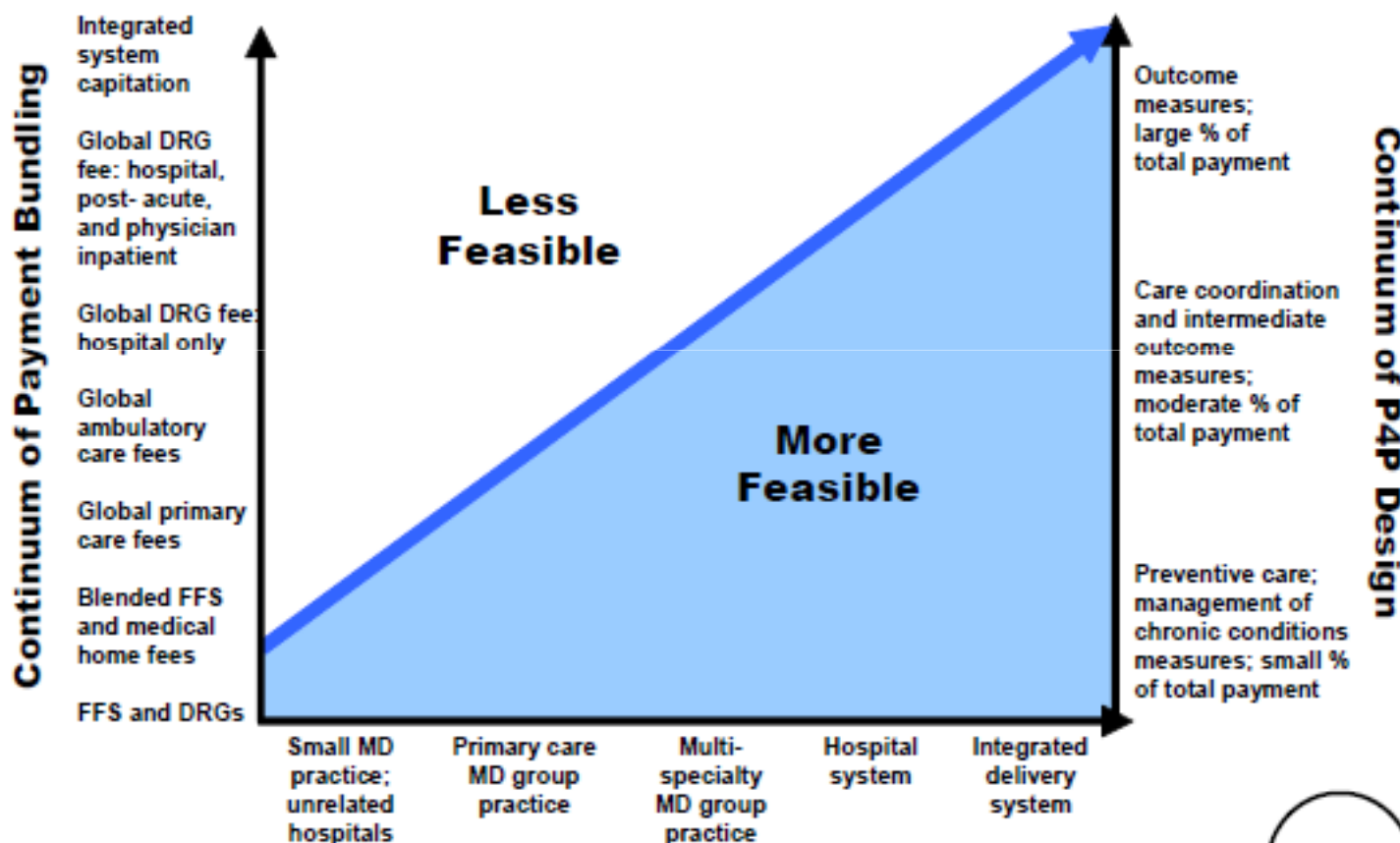
Tarifart	Konsequenzen auf die Risikoverteilung
Fee-for-Service	Mehrleistungsrisiko beim Finanzierer
Pauschalierung (z.B. DRG)	Erhebliches Mehrleistungsrisiko beim Leistungserbringer Gefahr der Nichtversorgung risikobelasteter Patienten z.B. (Neuro-)Rehabilitation, Psychiatrie
Komplexpauschalen akut-Rehabilitation oder stationär-ambulant	Risikoübernahme durch den Vertragsabschliesser – teilweise interne Weitergabe zu Partnerorganisation

2. Tarife und Leistungserbringer: Versorgungsbedarfs- und qualitätsorientiert

- **Tarife sind versorgungsbedarf- und qualitätsorientiert, wenn sie**
 - die Zusammenarbeit unter Leistungserbringern fördern
 - deren (gemeinsame) Verantwortung für die Qualität des Outcomes für eine gesamte Behandlungsepisode (akute Erkrankung) oder eine Behandlungsperiode (chronische Erkrankungen) stärken
 - einen effizienten Ressourceneinsatz fördern

2. Tarife und Leistungserbringer: Produktionsstruktur und Tarifform

Exhibit 1. Interrelation of Organization and Payment



Source: A. Shih, K. Davis, S. Schoenbaum, A. Gauthier, R. Nuzum, and D. McCarthy, *Organizing the U.S. Health Care Delivery System for High Performance* (New York: The Commonwealth Fund, Aug. 2008).



2. Tarife und Leistungserbringer: Anreizwirkungen von Tarifen

Tariftypus	Anzahl Patienten	Anzahl Leistungen indiv. Patient	Anzahl Leistungen für Bevölkerung
1 Fee-for-service °	*	*	*
2 capitation	*	*	*
3 Lohn	*	*	*
4 Kombination 1+2	*	*	*
5 Lohn+Ergebnisbeteiligung	*	*	*
6 Pay for performance / results	*	*	*

° **Leistungs- oder zeitbezogen, ev. in Kombination untereinander oder mit Teilcapitation (Typ 4)**

* **Risiken: Zu viele Leistungen, zu wenig Leistungen, falsche Leistungen, abhängig von Eigenem Verhalten:** abhängig von persönlicher Motivation und Situation, Berufszufriedenheit usw.
Beurteilung durch Dritte: Menschenbild: der Mensch wird motiviert durch, Ärzte sind

2. Tarife und Leistungserbringer: Anreizwirkungen von Tarifen

Beispiele zur Kombination von Tarifarten (Komplexpauschalen)

- Fallpauschale für den Spitalaufenthalt + alle Leistungen innerhalb von 30 Tagen nach Austritt oder bis zum Abschluss einer Behandlungsepisode (z.B. Knie-TP) für alle beteiligten Leistungserbringer *
- Pauschale für alle Leistungen innerhalb eines Jahres bei chronischkranken Patienten durch vorher bezeichnete Leistungserbringer ambulant +stationär *

* Porter Michael E., Teisberg Elizabeth, Redefining Health Care, 2006

2. Tarife und Leistungserbringer: Anreizwirkungen von Tarifen

Freie Wahl des Tarifsystems (Fee-for-service oder capitation)*

The main question raised in this paper is whether GPs should self select their payment mechanism or not. (...)

We conclude that when savings on specialists costs are the main concern of a regulator, GPs should be paid on a fee-for-service basis. Instead, when failures to identify severe conditions are the main concern, then payment self selection by GPs can be optimal.

* Physicians Self Selection of a Payment Mechanism: Capitation versus Fee-for-Service, Marie Allard, Izabela Jelovac, Pierre Thomas Leger , October 1, 2010 *GATE Working Paper No. 1024*

<http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract-id=1687530>

2. Tarife und Leistungserbringer: Anreizwirkungen von Tarifen

Beispiel für den differenzierten Einsatz von Tarifformen

Grundversorger: Teil-Capitation[°] kombiniert mit Fee-for-service*

[°] kontinuierlicher Teil der Grundversorgung

* Einzelleistungsvergütung, insbesondere für nicht standardisierbare diagnostische Arbeiten, Ziel: Vermeidung vermeidbarer Weiterleitungen an Spezialisten

Spezialisten: für standardisierbare Leistungen Fallpauschalen, sonst Fee-for-service

2. Tarife und Leistungserbringer: Anreizwirkungen von Tarifen

Anmerkungen zum Thema pay for performance – pay for results

- Problematik:**
- Finden sinnvoller Kriterien
 - performance = prozedurale Kriterien?
 - results = outcome-Kriterien (wann gemessen)?
 - no pay for no results (z.B. Immunsuppressiva)

Antwort: vgl. Vorschläge unter Kapitel 5

2. Tarife und Leistungserbringer: Erträge aus Tarifen und Gesamteinkommen

- **Die Bedeutung der Erträge aus Tarifen der Leistungsfinanzierung für das Gesamteinkommen der Leistungserbringer**
- **Erwartungen an das Gesamteinkommen unter allen Titeln**
- **Einkommenspolitik der FMH: angestrebte Anteile des Einkommens aus**
 - tarifierten Leistungen
 - direkter Medikamentenabgabe
 - Einkommen aus Medikamentenverkauf oder Beratung? => Einbau in tarifierte Leistungskomponente
 - weiteren Leistungen
- **Variation nach Facharztbereichen: angestrebt / in Kauf genommen?**

3. Tarife und Finanzierungsquellen / Tarifrecht: Monistische vs. geteilte Finanzierung

- **Unterschiedliche Finanzierungsquellen ambulant – stationär**

=> falsche Anreizwirkung: fehlender Druck ambulant anstatt stationär zu fördern

- **Unterschiedliches Tarifrecht ambulant – stationär bezüglich Honorierung privatärztlicher Tätigkeit**

=> falsche Anreizwirkung: stationär anstatt ambulant bei Zusatzversicherten und Selbstzahlern privat

4. Tarife, Kosten und Preise (1)

- **Wessen Kosten müssen nun eigentlich gedeckt werden?**

Art. 59c KVV Tarifgestaltung

1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:

- a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.
- b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.

=> Es geht um die Kosten einer effizienten Leistungserbringung und nicht um die individuellen Kosten eines Leistungserbringers (**zu ermitteln**)

=> für den einzelnen Leistungserbringer handelt es sich um eine **Preisliste unabhängig von seinen individuellen Kosten**

=> in diesem Sinne kann der einzelne Leistungserbringer auch Gewinne (und Verluste!) erzielen

4. Tarife, Kosten und Preise (2)

- **Welche Kosten sind gemeint?**
 - **Es kann sich nur um die Kosten eines die erforderliche Qualität sicherstellenden effizienten Leistungserbringers für die jeweils zur Diskussion stehende Leistung bzw. eine Behandlungsepisode (oder andere Komplexpauschalen) handeln.**
 - **Andere Konzepte wie die Minimierung der Gesamtkosten inkl. z.B. allfällige Renten setzen eine entsprechende Neukonzipierung des KVG voraus.**

Teil B: Schlussfolgerungen und Empfehlungen

4. Braucht es in Zukunft noch einen ambulanten Arzttarif ?

Antwort:

Einen ambulanten Arzttarif *in der bisherigen Form und Ausgestaltung* des Tarmed braucht es nicht (mehr).

Begründung:

Der Tarmed entspricht den an einen Tarif zu stellenden Anforderungen in weiten Teilen nicht mehr

5. Grundzüge eines neuen Tarifs (1)

- **Tarif für ambulante Leistungen *generell***
- **unabhängig vom Ort der Leistungserbringung**
- **unabhängig von der Unternehmensform des Leistungserbringers (Einzelpraxis, Gruppenpraxis, Praxis mit Betriebs-AG, HMO usw.)**
- **(logischerweise ohne zugrundegelegtes Referenzeinkommen für wen auch immer!)**

5. Grundzüge eines neuen Tarifs (2)

- **in Ausübung ihrer Tarifautonomie von Leistungserbringern und Versicherern frei wählbar als Einzelleistungstarif, (Teil-)Capitation oder Zeittarif oder Kombinationen davon – zu Komplexpauschalen koppelbar**
Anmerkung: Die freie Wahl der Tarifart oder deren Kombination sollte vertragsindividuell möglich sein
- **unter Beibehaltung des Dignitätskonzepts (verstanden als Leistungserbringer-Zertifizierung) – aber mit dessen konsequenter Durchsetzung, Kontrolle und mit Sanktionen bei Verletzung**
- **mit Erweiterung der Möglichkeiten zur Rechnungsstellung von Leistungen seitens Angehöriger weiterer Gesundheitsberufe als Folge veränderter Produktionsstrukturen**

5. Grundzüge eines neuen Tarifs (3)

- mit der Möglichkeit, für gute Outcome-Qualität sowie zusätzliche Leistungen bei Zusatzversicherten oder Selbstzahlern privat zusätzliche Honorare zu vereinbaren
- auf der Basis eines monistischen Finanzierungssystems mit gleichen Finanzierungsquellen für alle Leistungsarten *

* **Krankenversicherer:** alle Leistungen

Kantone (+Bund + AHV): Prämienbeiträge, Lehre und Forschung, weitere Beiträge im öffentlichen Interesse (gemeinwirtschaftliche Aufgaben, Regionalpolitik usw.)

5. Grundzüge eines neuen Tarifs (4)

Lit c von Absatz 1 des Artikels 59c KVV steht im Widerspruch zu den unmittelbar voranstehenden Grundsätzen!

Art. 59c KVV Tarifgestaltung

1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:

- a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.
- b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.

c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen.

- ⇒ **Die Forderung nach Kostenneutralität entbehrt jeglicher gesetzlicher Grundlage**
- ⇒ **Kostenneutralität und betriebswirtschaftliche Bemessung schliessen sich prinzipiell aus**

5. Grundzüge eines neuen Tarifs (5)

- Ordoliberaler Postulate (ceterum censeo)
 - Aus ordoliberaler Sicht ist eine vollständige Unterstellung der im KVG-geregelten Aktivitäten unter das **Kartellgesetz** angezeigt
 - Damit würde auch dem **Preisüberwachungsgesetz** in diesem Bereich die Grundlage entzogen
 - Der **Kontrahierungszwang** der Versicherer gegenüber den Leistungserbringern ist aufzuheben

6. Zum weiteren Vorgehen (1)

Fazit:

Die sich mit der Revision des Tarmed eröffnenden Chancen sollten nicht durch zu enge Vorgaben vertan werden.

6. Zum weiteren Vorgehen (2)

*„Wer nur von Minutage etwas versteht, versteht auch von dieser nichts.“ **

*„Nieder mit der LeiKoV – freie Sicht auf den Markt.“ **

*** Leicht verfremdete Slogans aus der 68er Bewegung**