

**Ueli Kieser
Willy Oggier
Andreas Bühler**

Tarif
und
Tarifanpassung
in der
Krankenversicherung

Ein juristischer, ökonomischer und methodischer Blick
auf den ambulanten Bereich



Stämpfli Verlag

Wie im Krankenversicherungsrecht die Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Pflegeheime etc.) entschädigt werden, legt das Krankenversicherungsgesetz nur in Grundzügen fest. Viele wichtige Fragen werden erst auf Tarifebene geklärt.

Tarife müssen angepasst werden. Neue Behandlungsmethoden entstehen; technische Veränderungen müssen beachtet werden; die Alterung der Gesellschaft schreitet voran; die Qualität der Behandlung soll erhöht werden. Tarifierpassungen gehören zu den besonders schwierigen Fragen. Und auch dazu gibt das Krankenversicherungsgesetz kaum Vorgaben.

Die Publikation von KIESER/OGGIER/BÜHRER greift das Thema grundsätzlich in einem weit gefassten interdisziplinären Bogen, mit Fokus auf den ambulanten Bereich, auf. Es werden Antworten und Einordnungen vorgeschlagen und begründet. Damit will die Publikation den Vorgang der Tarifierpassung kritisch und fundiert begleiten.

Ueli Kieser

Prof. Dr.

Willy Oggier

Dr. oec. HSG

Andreas Bühler

Dr. sc. nat. et med.

Tarif und Tarifanpassung in der Krankenversicherung

Ein juristischer, ökonomischer und methodischer
Blick auf den ambulanten Bereich



Stämpfli Verlag

Dieses Buch ist urheberrechtlich geschützt. Jede Form der Weitergabe an Dritte (entgeltlich oder unentgeltlich) ist untersagt. Die Datei enthält ein verstecktes Wasserzeichen, in dem die Daten des Downloads hinterlegt sind.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung, der Verbreitung und der Übersetzung. Das Werk oder Teile davon dürfen ausser in den gesetzlich vorgesehenen Fällen ohne schriftliche Genehmigung des Verlags weder in irgendeiner Form reproduziert (z.B. fotokopiert) noch elektronisch gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© Stämpfli Verlag AG Bern · 2015

Dieses Werk ist in unserem Buchshop unter www.staempfliverlag.com erhältlich.

ISBN E-Book 978-3-7272-5895-4

ISBN Print 978-3-7272-3170-4

ISBN Judocu 978-3-0354-1220-8

In memoriam
Ernst Gähler

Vorwort

Tarife, Tarifstrukturen und Tarifierpassungen gewannen in der gesundheitspolitischen Diskussion seit der Einführung des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 an Bedeutung. Oft werden diese Begriffe aber mehr oder weniger nach Gutdünken einzelner Akteure ausgelegt. Dieses Buch versucht, etwas Licht in die Begriffswirungen zu bringen und aufzuzeigen, welches die Absichten des Gesetzgebers sind. Dabei werden juristische, gesundheitsökonomische und methodische Aspekte erörtert. Trotz der unterschiedlichen Herangehensweisen ergibt sich eine auch für die Autoren teilweise höchst überraschende grosse Einheitlichkeit in der Interpretation der entsprechenden Bestimmungen.

Diese Arbeit und die dabei gewonnenen Erkenntnisse wären nicht entstanden, wenn uns nicht Menschen mit ihren dahinter stehenden Organisationen dazu motiviert hätten: Die FMH, die uns mit dieser Arbeit beauftragte, und die Ärztekasse, die uns die Drucklegung dieser Arbeit ermöglichte. Stellvertretend für diese beiden Organisationen sei hier Herrn Dr. Urs Stoffel, Mitglied des FMH-Zentralvorstands und Herrn Christian Oeschger, wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Ambulante Tarife und Verträge Schweiz der FMH, sowie Herrn Anton Prantl, Direktionspräsident der Ärztekasse, bestens für Ihr Engagement gedankt.

Eigentlicher Spiritus Rector dieses Werks war Herr Dr. Ernst Gähler, ehemaliger Vize-Präsident der FMH, der während der Arbeiten zu diesem Buch völlig unerwartet und jäh aus dem Leben gerissen wurde. Sein Tod hat uns alle betroffen gemacht. Ihm widmen wir daher in Anerkennung und Dankbarkeit die hier vorliegende Arbeit.

Unser Dank gilt darüber hinaus Herrn Joseph Oggier für das Layout und dem Stämpfli-Verlag für die Drucklegung.

Wir hoffen, werter Leserin, werter Leser, dass Sie an dieser Arbeit Gefallen finden, und wünschen Ihnen eine spannende Lektüre.

Prof. Dr. iur. Ueli Kieser

Dr. oec. HSG Willy Oggier

Dr. sc. nat. et med. Andreas Bühler

Inhaltsverzeichnis

Ueli Kieser, Willy Oggier, Andreas Bühler

Zusammenfassung 1

Ueli Kieser

Tarif für ärztliche Leistung 17

Willy Oggier

Die Bildung ambulanter Tarifstrukturen und Tarife nach eidgenössischem Krankenversicherungsgesetz (KVG) im Lichte ausgewählter gesundheitsökonomischer Aspekte 87

Andreas Bühler

Tarif und Tarifierfassung in der Krankenversicherung. Ein methodischer Blick auf den ambulanten Bereich 143

Autorenverzeichnis..... 205

Stichwortverzeichnis 207

Zusammenfassungen / Résumés

Tarif für ärztliche Leistung

Ueli Kieser

Das schweizerische Krankenversicherungsrecht wird umfassend auf Bundesebene geregelt. Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) wird das *Grundsystem* festgelegt: Obligatorisch versichert ist die gesamte Wohnbevölkerung – die Versicherung wird durch die zugelassenen Krankenversicherungen durchgeführt – die Leistungen werden von den zugelassenen Leistungserbringenden (Ärztinnen und Ärzten, Spitalern, Pflegeheimen, Hebammen usw.) erbracht.

Wie die Leistungen vergütet werden, stellt einen zentralen Bereich des schweizerischen Krankenversicherungsrechts dar. Auch dazu legt das Gesetz Grundlegendes fest. Der Gesetzgeber hat für die Leistungsvergütung verschiedene Systeme festgelegt. Bei den ambulanten ärztlichen Leistungen steht der *Tarifvertrag* im Vordergrund. Dieser wird zwischen den Krankenversicherern und den Ärztinnen und Ärzten abgeschlossen.

Der Tarifvertrag muss alle gesetzlichen Vorgaben einhalten. Er darf beispielsweise nicht so ausgestaltet sein, dass eine bestimmte Leistung, welche das Gesetz vorsieht (z.B. eine psychotherapeutische Leistung, eine MRI-Untersuchung oder eine medikamentöse Behandlung), ganz ungenügend entschädigt wird. Eine solche – eben viel zu tiefe – Entschädigung kann ja dazu führen, dass diese Leistung im Ergebnis nicht mehr erbracht wird. In einem solchen Fall würde der Tarifvertrag mit seiner ungenügenden Entschädigung mit sich bringen, dass zugleich der Leistungsanspruch faktisch aufgehoben würde. Das wäre unzulässig.

Der Tarifvertrag muss so ausgestaltet sein, dass die *Grundziele* des schweizerischen Krankenversicherungsrechts erreicht werden. Er muss also die qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung zu möglichst günstigen Preisen gewährleisten. Beim Vergleich dieser beiden Zielsetzungen ergibt sich, dass die Qualität gegenüber der Wirtschaftlichkeit einen gewissen Vorrang einnimmt; auch das muss vom Tarifvertrag berücksichtigt werden.

Das Krankenversicherungsgesetz und die Verordnung *konkretisieren* in verschiedener Hinsicht die Vorgaben, welche der Tarifvertrag einhalten muss. Er darf beispielsweise nur die transparent ausgewiesenen Kosten und zudem höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Eine gelegentlich diskutierte «Deckelung» der Leistungsvergütung wird im schweizerischen Krankenversicherungsrecht nur für eng umrissene «Sondersituationen» vorgesehen. Nur unter ganz bestimmten Voraussetzun-

gen lässt also das Krankenversicherungsgesetz ein «Globalbudget» zu. Das zeigt, dass die qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung im Vordergrund steht.

Es kann notwendig werden, dass ein Tarif *angepasst* wird. Auch dazu legt das Krankenversicherungsrecht Grundsätze fest. Eine Anpassung des Tarifs ist etwa notwendig, wenn er nicht mehr sachgerecht ist. Wird das *Tarifmodell* gewechselt, legt die Verordnung fest, dass dadurch keine Mehrkosten entstehend dürfen. Dies bedeutet, dass der Wechsel des Modells insgesamt nicht zu höheren Abgeltungen für die erbrachten Leistungen führen darf. Vorausgesetzt wird dabei, dass Qualität und Menge der Leistungen im Vergleich zum alten Modell mehr oder weniger gleich bleiben.

Die *Kostenneutralität* hat im Krankenversicherungsrecht also einen kleineren Stellenwert, und es fehlt im schweizerischen Krankenversicherungsrecht an einer Grundlage dafür, Kostenvergütungen zu «deckeln», d.h. beispielsweise umfassend festzulegen, dass die zukünftigen Vergütungen einen bestimmten Plafond nicht übersteigen dürfen. Eine solche Festlegung würde den demographischen Entwicklungen und den Fortschritten der medizinischen Versorgung nicht Rechnung tragen. Sie wäre auch nicht in Übereinstimmung zu bringen mit dem primären Ziel des schweizerischen Krankenversicherungsrechts: Es geht in der Krankenversicherung darum, eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Was die Steuerung der Nachfrage der Versicherten betrifft, sind dem Krankenversicherungsgesetz keine direkten Vorgaben zu entnehmen. Das Gesetz sieht nicht etwa vor, dass bestimmte Verhaltensweisen der versicherten Person – beispielsweise die Bevorzugung der stationären Behandlung bzw. der ambulanten Behandlung oder die Bevorzugung der Behandlung durch Personen im ärztlichen Auftrag – gefördert oder gehindert werden sollen. Im Gegenteil wird durch die prinzipiell freie Wahl der Leistungserbringerin bzw. des Leistungserbringers gerade gesetzlich vorgegeben, dass diesbezüglich keine steuernden tarifarischen Festlegungen gemacht werden dürfen.

Insgesamt kommt dem Tarifrecht damit eine zentrale Bedeutung in der Krankenversicherung zu. Bei der Konkretisierung, d.h. beim Tarifvertrag, müssen die gesetzlichen Vorgaben umfassend eingehalten werden, und es muss gewährleistet sein, dass das Hauptziel der schweizerischen Krankenversicherung, die qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung, erreicht wird.

Tarif pour la prestation médicale

Ueli Kieser

Le droit suisse de l'assurance-maladie est régi entièrement sur le plan fédéral. Le *système de base* est défini par loi sur l'assurance-maladie (LAMal) qui prévoit les conditions suivantes: toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer – l'assurance est gérée par les assureurs-maladie autorisés – les prestations sont fournies par les prestataires (médecins, hôpitaux, établissements de soins, sages-femmes, etc.) admis à pratiquer à la charge de l'assurance.

La rémunération des prestations constitue un domaine central du droit suisse de l'assurance-maladie. Là aussi, les points essentiels sont définis par la loi. Différents systèmes ont été prévus par le législateur; pour les prestations médicales ambulatoires, les tarifs sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (*convention tarifaire*).

La convention tarifaire doit respecter toutes les dispositions légales. Par exemple, elle ne doit pas être structurée de manière à ce qu'une prestation déterminée prévue par la loi (p. ex. prestation psychothérapeutique, IRM ou traitement médicamenteux) bénéficie d'une rémunération clairement insuffisante. En effet, une rémunération beaucoup trop basse risque d'inciter les fournisseurs de prestations à ne plus fournir la prestation en question, ce qui reviendrait *de facto* à supprimer le droit des assurés à cette prestation et serait illégal.

La convention tarifaire doit être structurée de façon à répondre aux *objectifs fondamentaux* du droit suisse de l'assurance-maladie. De ce fait, elle doit garantir des prestations médicales de qualité élevée à des prix les plus avantageux possibles. Si l'on se penche sur ces deux objectifs, on remarque que la qualité a une certaine priorité sur l'économicité, ce qui doit également être pris en compte dans la convention tarifaire.

La convention tarifaire doit respecter plusieurs principes, formulés *concrètement* dans la loi et l'ordonnance sur l'assurance-maladie. Par exemple, elle doit couvrir au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente et les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations. Un éventuel «plafonnement» de la rémunération (qui fait parfois débat) n'est autorisé par le droit suisse de l'assurance-maladie que dans des situations particulières bien définies. La loi sur l'assurance-maladie n'admet un «budget global» que dans des conditions précises, ce qui montre que la qualité des soins prédomine sur les critères économiques.

Il peut devenir nécessaire *d'adapter* un tarif. Là aussi, le droit de l'assurance-maladie définit des principes de base. Une adaptation du tarif est par exemple nécessaire lorsque celui-ci n'est plus approprié. En cas de changement de

modèle tarifaire, l'ordonnance prévoit qu'il ne doit pas en résulter de coûts supplémentaires. En d'autres termes, un changement de modèle ne doit pas, dans l'ensemble, occasionner de rémunérations plus élevées pour les prestations fournies. A condition cependant que la qualité et le nombre des prestations restent plus ou moins les mêmes que dans l'ancien modèle.

La *neutralité des coûts* revêt donc une importance moindre, et le droit de l'assurance-maladie ne prévoit aucune disposition concernant un «plafonnement» de la rémunération, ni ne précise que les nouvelles rémunérations ne doivent pas dépasser un certain plafond. Une telle disposition ne tiendrait pas compte de l'évolution démographique et des progrès de la médecine. En outre, elle ne concorderait pas avec l'objectif premier du droit suisse de l'assurance-maladie, à savoir garantir des prestations médicales de qualité élevée.

En ce qui concerne la régulation de la demande des assurés, la loi sur l'assurance-maladie ne prévoit aucune disposition directe. Elle ne prévoit par exemple pas d'encourager ou d'empêcher certains comportements de l'assuré – comme de préférer un traitement hospitalier ou ambulatoire ou d'être traité par des personnes sur mandat d'un médecin. Au contraire, en prévoyant expressément le principe du libre choix du prestataire, la loi interdit toute régulation tarifaire à cet égard.

En substance, le droit tarifaire revêt une importance centrale dans l'assurance-maladie. Lors de la concrétisation, c'est-à-dire au moment d'élaborer la convention tarifaire, les dispositions légales doivent être entièrement respectées et l'objectif principal de l'assurance-maladie suisse, à savoir de garantir des soins médicaux de qualité élevée, rempli.

Die Bildung ambulanter Tarifstrukturen und Tarife nach eigenössischem Krankenversicherungsgesetz (KVG) im Lichte ausgewählter gesundheitsökonomischer Aspekte

Willy Oggier

Wirtschaftlichkeit kann immer nur ein sekundäres Ziel sein und nicht ohne das primäre Ziel, die Wirksamkeit beurteilt werden. Daher ist bei einer Tarifrevision bzw. bei einem Modellwechsel vorgängig die Frage zu klären, ob die Annahme der «gleichen Gegebenheiten» zutreffend ist. Modellwechsel oder Tarifrevisionen werden nämlich oft gemacht, weil die bisherigen Gegebenheiten als nicht mehr zufriedenstellend bezeichnet werden. Dies gilt sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Wesentliche Ursache dafür bildet in der Regel die Weiter-Entwicklung der Medizin, welche sich im Angebot neuer Leistungen manifestiert, die bei einer heute angenommenen Halbwertszeit des medizinischen Wissens von rund drei Jahren den Regelfall darstellen.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, gilt es eine möglichst strikte Trennung zwischen der Tarifstruktur und der Preiskomponente vorzunehmen. Im Rahmen der Tarifstrukturen geht es darum, die entsprechenden Leistungen periodisch möglichst sachgerecht abzubilden, also beispielsweise neue Leistungen abzubilden, durch den medizin-technischen Fortschritt veränderte Leistungen anzupassen und/oder obsolet gewordene Leistungen zu streichen. Hier gilt es in der Regel, mit Relativgewichten zu arbeiten.

Wenn der durchschnittliche Schweregrad des Standard-Werts der neuen bzw. revidierten Tarifstruktur höher zu stehen kommt als der Vorgängerwert, so bedeutet dies bei einer korrekten Ermittlung der Werte, dass die Ressourcenintensität der Behandlungen zugenommen hat. In einem solchen Fall kann weder ein statisches noch ein dynamisches Kostenneutralitäts-Gebot mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit im Einklang stehen – es sei denn, die Vorgänger-Tarifstruktur wäre nicht wirtschaftlich gewesen. In diesem Fall wäre zu fragen, warum die (gleichen) Genehmigungsbehörden und die entsprechenden Justiz-Instanzen diese Tarifstruktur trotzdem zulassen und die Finanzierer danach entsprechend bezahlen. Allein schon aus diesem Grund erscheint die Annahme der bisher pauschal unwirtschaftlichen Tarifstruktur als wenig plausibel.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht können mit Blick auf die Bedarfsgerechtigkeit mindestens folgende Prinzipien festgehalten werden:

- Wettbewerb ist kein Selbstzweck, sondern ein Instrument zur Zielerreichung, das je nach Ausgangslage besser oder weniger geeignet ist, für die Bedarfsgerechtigkeit einen Beitrag zu leisten.

- Um den Wettbewerb spielen zu lassen, braucht es Situationen eines gewissen Überangebots, damit eine Wahlmöglichkeit besteht. Dies ist tendenziell eher in Gross-Agglomerationen und bei Spezialarzt-Disziplinen in solchen Regionen zu erwarten.
- Dort, wo die Gefahr von Unterversorgung und/oder einer faktischen Monopol-Situation besteht, kann Wettbewerb wenig bis gar nichts zu einem bedarfsgerechten System beitragen. In diesem Fall geht es vielmehr darum, über «Nudging» geeignete Anreize zur Schaffung eines bedarfsgerechten Systems zu setzen. Im ambulanten Bereich nach KVG drängt sich dafür insbesondere auch wegen des Verzichts des Gesetzgebers auf das Instrument der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch Dritte die Berücksichtigung entsprechender Anreize in der Tarifstruktur (z.B. im Rahmen der Abgeltung besonderer Randregionen-Leistungen) und im Rahmen der Tarifverhandlungen (z.B. differenzierte Taxpunktwerte) auf.

Bei der Formulierung von Globalbudgets bzw. bei Wirtschaftlichkeitsverfahren gilt es zudem zu berücksichtigen, dass Medizin nicht nach dem Zufalls-, sondern nach dem Zuweisungsprinzip funktioniert. Eine statistische Normal-Verteilung muss daher als Ausnahmeerscheinung und gerade nicht als Regelfall bezeichnet werden. Denn Ärzte weisen in der Regel ihre Patienten, die sie als medizinisch schwierigere Fälle diagnostizieren, Spezialärzten zu, denen sie die Bewältigung der entsprechenden Aufgaben am ehesten zutrauen, weil sie diese für die fachlich Besten halten.

Eine Normal-Verteilung muss in der Schweiz auch ausgeschlossen werden, weil die topographischen Verhältnisse (und die dahinter stehenden Service-Populationen), die Dichte der anderen stationären und ambulanten Leistungserbringer, die Altersstruktur und die sozialen Verhältnisse teilweise sehr unterschiedlich ausfallen.

Alters-, morbiditäts- und sozial bedingte Effekte können die einzelnen medizinischen Fachrichtungen in ihrer Ressourcenintensität der Behandlung sehr unterschiedlich beeinflussen. Daher sollten sie auch bei der Tariffestsetzung bzw. einer allfälligen Globalbudget-Formulierung angemessen berücksichtigt werden.

Tarifstrukturen sollten für den ambulanten Bereich unterschiedliche Ausgangslagen entsprechend berücksichtigen, da davon sowohl kritische Grössen der Qualität als auch der Kosten betroffen sein können. Leitschnur sollte dabei immer die Leistungs-Perspektive zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit für die Versicherten sein. Insbesondere in Randregionen sind aus regionalpolitischen Gründen «Gemeinwirtschaftliche» Leistungs-Positionen in die ambulante Tarifstruktur für freipraktizierende Ärzte einzubauen, da diese vom Gesetzgeber im Gegensatz zum stationären Bereich nicht von der

Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung *expressis verbis* ausgeschlossen wurden.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht muss eine Substitution stationärer durch ambulante Leistungen im Rahmen kantonaler Spitalplanungen Einfluss auf die für den ambulanten Bereich zur Verfügung zu stellenden Ressourcen haben. Andernfalls wären die Bedarfsgerechtigkeit und damit die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der den Versicherten aus der Grundversicherung nach KVG zustehenden Leistungen nicht mehr gewährleistet.

Dieses Ergebnis kann möglicherweise aus der Optik des Prämienzahlers unerwünscht sein, weil die Grundversicherung im ambulanten Bereich einen signifikant höheren Kostenanteil der anfallenden Leistungen zu übernehmen hat als bei stationären Behandlungen. Dies kann trotzdem kein Gegenargument darstellen, weil die entsprechenden finanziellen Regeln vom Gesetzgeber bewusst so ausgestaltet wurden. Zur Realisierung eines bedarfsgerechten Systems ist die Sicherstellung der Versorgung für die Versicherten prioritär und geht den als Folge verzerrter finanzieller Anreize entstehenden, aus Sicht des Prämienzahlers unerwünschten finanziellen Lastenverschiebungen von der öffentlichen Hand auf die Krankenversicherer vor.

La formation des structures tarifaires ambulatoires selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) à la lumière d'aspects choisis en économie de la santé

Willy Oggier

Le caractère économique ne peut être qu'un objectif secondaire et doit toujours être mesuré à l'aune de l'objectif premier, l'efficacité. Dans ce contexte, la première question à se poser lors d'une révision tarifaire ou d'un changement de modèle est de savoir si la situation a changé. En effet, que ce soit dans le domaine hospitalier ou le secteur ambulatoire, un changement de modèle ou une révision tarifaire fait fréquemment écho à une situation qui n'est plus considérée comme satisfaisante. C'est principalement lié au progrès ininterrompu de la médecine et à la durée de vie du savoir médical, qui, en règle générale, engendrent un renouvellement de l'offre de prestations tous les trois ans environ.

Afin de répondre à cette exigence, il s'agit de maintenir une séparation stricte entre la structure tarifaire et les éléments qui servent à déterminer le prix. Grâce à la structure tarifaire, il doit être possible de reproduire périodiquement les prestations de la manière la plus pertinente possible et donc, par exemple, d'en ajouter de nouvelles, de les adapter aux progrès médicotecniques et/ou de supprimer celles devenues désuètes. Pour cela, il est recommandé d'utiliser les poids relatifs.

Si le degré de sévérité moyen de la valeur standard de la nouvelle structure tarifaire est supérieur à la valeur précédente, cela signifie, si ces valeurs ont été calculées correctement, que l'intensité des ressources requises pour le traitement a augmenté. Dans ce cas, il est impossible de mettre en conformité un principe statique ou dynamique de neutralité des coûts avec le principe économique, sauf si la structure tarifaire précédente ne répondait déjà pas au principe économique. Dans ce cas, la question se pose de savoir pourquoi la (même) autorité d'approbation et les instances judiciaires concernées ont malgré tout validé cette structure tarifaire et pourquoi les financeurs ont ensuite honoré leurs prestations. Rien que pour cette raison, l'hypothèse selon laquelle la structure tarifaire aurait été conçue de manière arbitraire et non selon des critères économiques semble peu plausible.

Du point de vue de l'économie de la santé, les principes suivants doivent au moins être retenus pour répondre à la demande:

- La concurrence n'est pas une fin en soi mais un instrument qui, en fonction du contexte, est plus ou moins adapté pour atteindre l'objectif de satisfaire à la demande.
- Par définition, la concurrence sous-entend la possibilité de choisir, et par conséquent une certaine surabondance de l'offre. C'est principalement le

cas des grandes agglomérations ou des disciplines spécialisées dans ces régions.

- Face à un risque de sous-couverture et / ou une situation de monopole, la concurrence n'aura peu voire aucun impact et ne pourra pas contribuer à un système adapté à la demande. Dans ce cas, c'est bien plus la mise en place d'incitatifs adéquats (*nudging*) qui permettra de s'adapter au besoin. De ce fait, la notion d'incitatif doit être prise en compte dans la structure tarifaire (s'agissant p. ex. de l'indemnisation de certaines prestations dans les régions excentrées) et dans les négociations tarifaires (avec p. ex. les différentes valeurs du point tarifaire) pour les prestations ambulatoires selon la LAMal, notamment parce que le législateur renonce à ce que des tiers puissent fournir des «prestations d'intérêt général».

L'établissement d'un budget global ou une procédure d'économicité doit tenir compte du fait que la médecine ne suit pas les lois du hasard mais fonctionne selon le principe des cas référés. Dès lors, une répartition statistiquement normale ne peut pas être considérée comme une règle mais comme une exception. En effet, lorsqu'un médecin diagnostique un cas difficile, il l'adresse généralement au spécialiste le mieux à même de le traiter, et non selon une quelconque loi du hasard.

Les différences parfois importantes d'une région à l'autre concernant notamment la topographie (et son impact sur le service à la population), la densité des fournisseurs de prestations ambulatoires et hospitaliers, la pyramide des âges et l'environnement social excluent le concept de répartition normale en Suisse.

Par ailleurs, les facteurs d'âge, de morbidité et d'environnement social peuvent, en fonction de la spécialisation, avoir un impact très différent sur l'intensité des ressources investies dans le traitement. Dès lors, ils devraient faire l'objet d'une prise en considération pertinente au moment de fixer le tarif ou de formuler un éventuel budget global.

Les structures tarifaires du secteur ambulatoire devraient être en mesure d'amortir ces différences qui peuvent avoir une incidence aussi bien à un niveau critique de la qualité que sur les coûts. Le fil directeur devrait toujours être la prestation en vue de garantir la sécurité de la prise en charge médicale des assurés. Pour que ce soit aussi le cas dans les zones excentrées, et donc pour des raisons de politique régionale, il serait judicieux d'intégrer les «prestations d'intérêt général» dans la structure tarifaire ambulatoire des médecins installés. En effet, c'est encore possible car celles-ci n'ont pas été exclues expressis verbis du remboursement par l'assurance obligatoire des soins, à l'inverse de ce que le législateur a décidé dans le domaine hospitalier.

Si, du point de vue de l'économie de la santé, la planification hospitalière cantonale substitue les prestations hospitalières par des prestations ambula-

toires, un impact doit impérativement se ressentir sur les ressources à mettre à disposition du secteur ambulatoire. Si tel n'était pas le cas, cela signifierait que la compatibilité avec la demande, et par là même, l'efficacité et l'adéquation des prestations auxquelles les assurés de l'assurance obligatoire selon la LAMal ont droit, ne serait plus garantie.

Pour le particulier, ce résultat n'est peut-être pas souhaitable car, en comparaison, l'assurance de base du secteur ambulatoire doit prendre en charge une part de coûts sensiblement plus élevée sur des prestations fournies en ambulatoire que sur des traitements hospitaliers. Malgré tout, ce n'est pas un contre-argument suffisant parce que le législateur a fixé les règles financières en connaissance de cause. En effet, la garantie des soins aux assurés est prioritaire pour réaliser un système susceptible de répondre à la demande, et prime donc sur le transfert des dépenses publiques vers les assurances-maladie, même si ce transfert consécutif à des incitatifs financiers erronés n'est pas souhaité par les particuliers.

Tarif und Tarifierfassung in der Krankenversicherung. Ein methodischer Blick auf den ambulanten Bereich

Andreas Bühler

Das Tarifmodell Tarmed garantiert die betriebswirtschaftliche Bemessung

Das Tarifmodell umfasst das betriebswirtschaftliche Denkmodell und die daraus abgeleiteten Berechnungsalgorithmen. Generell haben Modelle die Aufgabe, die Realität möglichst wirklichkeitsnah abzubilden.

Die Tarifstruktur ist das Resultat der Anwendung des Tarifmodells

Die Tarifstruktur ist das Resultat der Anwendung des Tarifmodells. Sie setzt sich aus der Nomenklatur, der positionsbezogenen Leistungsbewertung und der Anzahl Taxpunkte für die ärztliche Leistung AL und die technische Leistung TL zusammen. Dabei entspricht ein Taxpunkt einem Schweizer Franken.

Die Tarifpflege ist wichtig

Die Tarifstruktur muss regelmässig revidiert und gepflegt werden. Sonst veraltet sie und verliert ihre Sachgerechtigkeit. Die Tarifstruktur Tarmed wurde seit ihrer Einführung vor über zehn Jahren noch nie umfassend revidiert. Deshalb ist die Entwicklung der Kosten in der aktuellen Tarifstruktur (1.08_BR) noch nicht nachvollzogen. Es ist davon auszugehen, dass die betriebswirtschaftliche Bemessung einer neuen Tarifstruktur zu höheren Taxpunkten führen wird; dies nicht zuletzt aufgrund der Lohnentwicklung des nichtärztlichen Personals.

Eingriffe in die Tarifstruktur haben aus methodischer Sicht einen willkürlichen Charakter

Eingriffe direkt in die Tarifstruktur haben aus streng methodischer Sicht einen willkürlichen Charakter, weil die betriebswirtschaftlichen, im Tarifmodell Tarmed berücksichtigten Abhängigkeiten, Regeln und Vereinbarungen ausser Acht gelassen werden. Diese gewährleisten eine betriebswirtschaftlich bemessene und sachgerechte Tarifstruktur.

Die Taxpunktwerte fallen in Richtung Krankenversicherung und Arztpraxen

Die zur Anwendung kommenden Taxpunktwerte¹ variieren zwischen 0,75 CHF und 1,00 CHF. Es zeigt sich dabei, dass gleiche Leistungen durch die Krankenversicherung deutlich schlechter vergütet werden als durch die Unfallversicherung und Arztpraxen schlechter gestellt sind als Spitäler.

Die Gesamtkosten können nicht allein über die Tarifstruktur und die Tarife gesteuert werden, auch wenn das Wirtschaftlichkeitsgebot eingehalten wird

Die Gesamtkosten sind in der Krankenversicherung ein zentrales Thema. Die Kosten ergeben sich aus «Menge» mal Taxpunktwert mal Taxpunkte. Dabei ist die «Menge» der wichtigste Faktor. Es würde zu kurz greifen, die Mengenzunahme lediglich als ökonomisch getriebene Mengenausweitung zu verstehen. Die Einflussfaktoren auf die «Menge» sind sehr vielschichtig. Faktoren sind zum Beispiel die Anspruchshaltung der Bevölkerung, Einfluss von Medien und Werbung, Qualität, Reglementierung, Gesamtprozessverantwortung oder Fragen zum Umgang mit dem Sterben und dem Tod. Daraus folgt, dass die «Menge» und damit die Gesamtkosten kaum über die Tarifstruktur und die Tarife gesteuert werden können, auch wenn das Wirtschaftlichkeitsgebot maximal eingehalten wird.

Ein Globalbudget ist für den ambulanten Bereich im KVG nicht vorgesehen

Ein Globalbudget ist für den ambulanten Bereich im KVG – auch unter den ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kosten² – nicht vorgesehen. Würde ein Globalbudget eingeführt werden wollen, fehlten heute konkrete Ansätze, Vorstellungen und Erfahrungen, wie die Geldmittel für ganze Bevölkerungsgruppen aus medizinischer Sicht ethisch eingesetzt und verteilt werden könnten. Eine Taxpunktwertreduktion als Steuermittel, falls das Budget überschritten würde, wäre keine tragende Lösung und nicht sachgerecht.

¹ Soweit diese öffentlich gemacht wurden.

² Nach Art. 54, 55, 55a KVG.