Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Inhalt und Kommentar

Bern, 16. Dezember 2013

I. Allgemeiner Teil: Ausgangslage

Parlamentarische Initiative 11.429

Seit dem 1. Januar 2013 ist Artikel 43 Absatz 5bis des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) in Kraft. Damit verfügt der Bundesrat über die Kompetenz, Anpassungen an einer Einzelleistungstarifstruktur vorzunehmen, wenn sich diese als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können.

Anlass für den Erlass der neuen Gesetzesbestimmung war die parlamentarische Initiative "11.429. Tarmed. Subsidiäre Kompetenz des Bundesrates" (BBl 2012 55). Inhaltlich deckt sich die neue Gesetzesbestimmung mit einer Bestimmung, die beide Räte im Rahmen der Vorlage «KVG. Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung (09.053)» bereits beschlossen hatten. Da dieses Massnahmenpaket jedoch am 1. Oktober 2010 in der Schlussabstimmung vom Nationalrat verworfen wurde, gelangte diese Bestimmung nie zur Anwendung.

Der Wortlaut der parlamentarischen Initiative 11.429 entspricht sinngemäss zudem einer der Lösungen, die von der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) in ihrer Evaluation: «Tarmed – der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen; Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes» vorgeschlagen wurde. Am 24. März 2011 legte die EFK der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates ihre Evaluation vor, woraufhin diese die obgenannte parlamentarische Initiative im Nationalrat einreichte. Die EFK weist in einer der Schlussfolgerungen darauf hin, dass die Aktualisierung des Tarifs unbefriedigend sei, da sich die Tarifpartner, die im Übrigen für ihre Entscheide Einstimmigkeit vorgesehen haben, nur selten einigen könnten. So werde die Vergütung bestimmter Leistungen unter Berücksichtigung der technischen Fortschritte nicht neu beurteilt, und gewisse neue Behandlungen würden nicht in den Tarif aufgenommen. Zudem hat der Bundesrat bereits mehrfach im Rahmen seiner Genehmigungskompetenz nach Artikel 46 Absatz 4 KVG die Tarifpartner aufgefordert die Tarifstruktur TARMED grundlegend zu revidieren. Am 31. März 2011 präsentierte die EFK die Schlussfolgerungen ihrer Evaluation auch der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S). Die SGK-S beschloss, der von der SGK-N eingereichten parlamentarischen Initiative Folge zu geben und eine entsprechende Anpassung des KVG vorzusehen. Die Eidgenössischen Räte verabschiedeten daraufhin am 23. Dezember 2011 die entsprechende Anpassung des KVG in Artikel 43 Absatz 5bis.

Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» und Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung»

Im April 2010 wurde die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» eingereicht. Deren Forderungen würden eine einzelne Berufsgruppe auf Verfassungsebene bevorzugen und hätten u.a. eine Veränderung der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen zur Folge. Namentlich aus diesen Gründen lehnte der Bundesrat die Initiative ab und stellte ihr einen direkten Gegenentwurf gegenüber, um die berechtigten Anliegen in der medizinischen Grundversorgung und namentlich zugunsten der Hausarztmedizin aufzunehmen. Zudem wurde vom Eidgenössischen Department des Innern (EDI) im Juni 2012 der Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» lanciert, um die anerkannten Schwierigkeiten in der Hausarztmedizin und in der medizinischen Grundversorgung rasch angehen zu können. Zur Unterstützung des Masterplans hat die SGK-S die Motion vom 19. Juni 2012 (12.3643 «Stärkung der Hausarztmedizin») eingereicht, die von beiden Räten angenommen wurde. Im Zusammenhang mit der Hausarztmedizin ist zudem auf die – zwischenzeitlich abgeschriebene - Interpellation Ineichen (11.4190 - Schweiz - wie weiter? Hausarztmedizin stärken) und die Motion CVP/EVP/glp Fraktion vom 29. September 2011 (11.3888 - Hausarztfreundliches Tarifsystem) zu verweisen. Der Bundesrat hat in seinen Antworten auf die Grenzen seiner Interventionsmöglichkeiten sowie des KVG hingewiesen, sich aber bereit erklärt, die Fragen aufzunehmen und anzugehen. Auch die Motion SP-Fraktion (11.3070 - Überarbeitung Tarifmodell Tarmed, abgeschrieben), die im Zusammenhang mit der Diskussion der erwähnten parlamentarischen Initiative 11.429 eingereicht wurde, zeigt exemplarisch die Erwartungen von parlamentarischer Seite auf. In der Frühlingssession wur-

de eine weitere Interpellation Humbel (13.3223 - Leistungsgerechte Korrekturen am Arzttarif Tarmed und Stärkung der Hausarztmedizin) eingereicht, welche dem Bundesrat Fragen zu Gebrauch und Umsetzung der neuen Kompetenz stellt.

Der Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» sowie ein direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» sorgen dafür, dass die Hausärztinnen und Hausärzte schnell konkrete Verbesserungen erhalten und die medizinische Grundversorgung gestärkt wird. Eine der Massnahmen innerhalb des Masterplans sieht eine finanzielle Besserstellung der Grundversorger vor. Weil damit ihre Anliegen erfüllt sind, haben die Initianten ihr Volksbegehren Ende September 2013 zurückgezogen. Über den Gegenentwurf stimmt das Volk 2014 ab.

Bereich TARMED

Da sich im Bereich TARMED trotz intensiver Diskussionen keine Einigung zwischen den Tarifpartnern abzeichnete, die eine bessere Abgeltung der hausärztlichen Leistungen zur Folge hätte, wurden die Tarifpartner im Rahmen des Masterplans aufgefordert, Vorschläge zur Besserstellung der Grundversorger im Umfang von Fr. 200 Mio. zu erarbeiten. Ziel war es, dadurch eine substantielle finanzielle Besserstellung der Grundversorger zu bewirken. Um dabei eine kostenneutrale Umsetzung dieser Besserstellung zu gewährleisten, mussten die Tarifpartner gleichzeitig einen Plan zur kostenneutralen Umsetzung präsentieren. Dies deshalb, weil die Besserstellung der Grundversorger im Rahmen des Masterplans bald möglichst geschehen soll und sie lediglich als Übergangsmassnahme bis zu einer weitergehenden Revision der Tarifstruktur – von den Tarifpartnern geplant auf Ende 2015 – zu verstehen ist. Eine solche Übergangsmassnahme, welche am Umfang der Leistungen nichts ändert, soll im Sinne von Artikel 43 Absatz 6 i.v. mit Artikel 46 Absatz 4 KVG zu keinen Mehrkosten führen.

Die Tarifpartner haben innerhalb der vom Eidgenössischen Departement des Innern gesetzten und verlängerten Frist keinen gemeinsamen Vorschlag betreffend Besserstellung der Grundversorger und der diesbezüglichen kostenneutralen Umsetzung eingereicht. Mit Schreiben vom 23. September 2013 haben die Tarifpartner den Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) darüber informiert, dass definitiv keine den Vorgaben entsprechende Vereinbarung der Tarifpartner zustande gekommen ist. Aufgrund dessen wird der Bundesrat von der subsidiären Kompetenz Gebrauch machen und Anpassungen in der Tarifstruktur TARMED vornehmen. Dazu erlässt der Bundesrat die vorliegende Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung zur Umsetzung der Bestimmung von Artikel 43 Absatz 5bis KVG und greift in die Tarifstruktur TARMED ein. Die Verordnung bzw. die Anpassungen an der Tarifstruktur TARMED werden aufgehoben, falls sich die Tarifpartner auf eine Anpassung der Tarifstruktur einigen und diese vom Bundesrat nach Massgabe von Artikel 46 Absatz 4 i.V. mit Artikel 43 Absatz 5 KVG genehmigt wird.

II. Grundzüge der Verordnung

Allgemeine Erläuterungen zur subsidiären Kompetenz

Nach Artikel 43 Absatz 5 KVG müssen Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen; können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest. Mit Inkrafttreten des Artikels 43 Absatz 5bis KVG am 1. Januar 2013 ergibt sich neu die Möglichkeit, dass der Bundesrat subsidiär Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen kann, wenn sich die Parteien nicht einigen können und sich die Tarifstruktur als nicht mehr sachgerecht erweist. Die subsidiäre Kompetenz bezüglich Artikel 43 Absatz 5 sowie Artikel 43 Absatz 5bis KVG ist so auszulegen, dass der Bundesrat gerade so viel regelt wie für das Bestehen einer Struktur notwendig ist, um den Vorrang der Tarifautonomie so weit wie möglich zu berücksichtigen. Der Bundesrat hat zudem einzig eine Kompetenz zur Festlegung bzw. Anpassung einer Einzelleistungstarifstruktur. Taxpunktwerte kann der Bundesrat hingegen nicht festsetzen. Diese können einzig von den Tarifpartnern – als nationale oder kantonale Werte - vereinbart oder im Streitfall von den Kantonsregierungen nach Artikel 47 KVG festgesetzt werden.

Die Festlegung einer Tarifstruktur umfasst die abstrakte Festlegung eines Einzelleistungstarifes in dem Sinne, dass der Wert von einzelnen Leistungen in Form von Taxpunkten in einem bestimmten Verhältnis zueinander festgelegt wird. Die Multiplikation der Taxpunkte mit einem Taxpunktwert ergibt die konkrete Vergütung, die in Rechnung gestellt werden kann (Art. 43 Abs. 2 Bst. b KVG). Dabei ist insbesondere dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit Rechnung zu tragen (Art. 46 Abs. 4 KVG). So legt Artikel 43 Absatz 4 KVG fest, dass bei der Festlegung der Tarife auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur zu achten ist, wobei das Ziel darin besteht, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erreichen (Art. 43 Abs. 6 KVG). Bei der Festlegung eines Tarifs ist somit, unter Beachtung von Artikel 59c Absatz 1 KVV, zu beurteilen:

- ob der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung deckt (Bst. a);
- ob der Tarif höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten deckt (Bst. b);
- ob ein Wechsel des Tarifmodells (keine) Mehrkosten verursacht (Bst. c).

Die Tarifstruktur kommt nach Artikel 43 Absatz 5 KVG für alle davon betroffenen Leistungserbringer zur Anwendung, unbesehen davon, ob sie einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen oder einem solchen beigetreten sind.

Der neue Absatz 5bis des Artikels 43 KVG räumt dem Bundesrat wie erwähnt die subsidiäre Kompetenz ein, Tarifstrukturen anzupassen, die nicht mehr sachgerecht sind und auf deren Revision sich die Tarifpartner nicht einigen konnten. Eine Struktur kann dabei als sachgerecht bezeichnet werden, wenn sie auf einem kohärenten Tarifmodell beruht und sich auf betriebswirtschaftlich bemessenen Parametern abstützt sowie die vorgenannten Vorgaben erfüllt. Nach Artikel 43 Absatz 4 KVG sind es die Versicherer und die Leistungserbringer, die Tarife und Preise in Verträgen vereinbaren. Der Bundesrat seinerseits wird durch Artikel 46 Absatz 4 KVG mit der Genehmigung der Tarifverträge beauftragt, die in der ganzen Schweiz gelten sollen. Mit der neuen Bestimmung verfügt der Bundesrat über ein subsidiäres Mittel, Tarifstrukturen anzupassen, die eingehende Verhandlungen erfordert haben, über die aber zwischen den Tarifpartnern keine Vereinbarung erzielt werden konnte. Die Kompetenz, die dem Bundesrat mit dieser Bestimmung verliehen wurde, gilt nicht nur für die Tarifstruktur des TARMED, sondern für alle gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen. Somit könnten insbesondere auch die Tarife für Logopäden und Logopädinnen, Apotheker und Apothekerinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Chiropraktoren und Chiropraktorinnen, Hebammen oder Zahnärzte und Zahnärztinnen betroffen sein.

Erläuterungen zur Verordnung

Die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates ermöglicht wie ausgeführt Eingriffe bei allen Einzelleistungstarifstrukturen im Anwendungsbereich der sozialen Krankenversicherung. Der Unterhalt bzw. die Pflege der jeweiligen Tarifstrukturen obliegt nach wie vor den Tarifpartnern. Die Verordnung hält daher allgemeine und besondere Bestimmungen zu Anpassungen von bestehenden Einzelleistungstarifstrukturen fest. Die bestehende Einzelleistungstarifstruktur, auf welche sich die Anpassungen beziehen, wird in der Verordnung jeweils spezifiziert und die vorgenommenen Anpassungen im Anhang der Verordnung festgehalten. Diese beziehen sich vorwiegend auf Vorgaben bzw. Anweisungen über die Bewertung und Bewertungsänderung einzelner oder mehrerer Taxpunkte von Tarifpositionen. Allenfalls werden auch damit verbundene Limitationen festgehalten. In der Verordnung wird einleitend deren Gegenstand bestimmt. Die konkreten Anpassungen werden im Anhang aufgeführt. Die Tarifpartner sind aufgefordert ihren Mitwirkungspflichten nachzukommen und notwendige Informationen und Daten, um die Auswirkungen der Anpassungen zu evaluieren, kostenlos ans Eidgenössische Departement des Innern zu übermitteln. In einem Monitoring soll hierbei ermittelt werden, ob die Zielsetzung der Anpassungen erreicht wird.

Die Versicherer sind insbesondere nach Artikel 42 Absatz 3 KVG verpflichtet, die Abrechnungen der Leistungserbringer und somit auch die abgerechneten Leistungen auf Grundlage der in dieser Verordnung angepassten Einzelleistungstarifstrukturen zu überprüfen. Nach wie vor gilt es auch zu berücksichtigen, dass insbesondere die Tarifstruktur TARMED keine umfassende und abschliessende Aufführung der ärztlichen Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 i.V. mit Artikel 33 Absatz 1 KVG enthält. Es ist daher weiterhin möglich, dass eine aufgeführte Leistung mangels Pflichtleistungscharakter von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht zu übernehmen ist.

Vorliegend betreffen die Anpassungen die Einzelleistungstarifstruktur TARMED. Der TARMED („**tar**if **méd**ical“) ist der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen. Dieser Einzelleistungstarif, der seit dem 1. Januar 2004 im Krankenversicherungsbereich angewandt wird, umfasst insgesamt etwa 4500 Tarifpositionen mit Bewertungen der ärztlichen Leistungen (AL) und der Infrastruktur (technische Leistung (TL)) in Form von Taxpunkten. TARMED ist ein Projekt der Tarifpartner aus dem Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Militärversicherungsbereich (FMH, H+, santésuisse, MTK, IV und MV). Für die Pflege der Tarifstruktur haben diese die Organisation TARMED Suisse gegründet. Bei TARMED Suisse (www.tarmedsuisse.ch) sind die Tarifpositionen in elektronischer Form (Browser) öffentlich zugänglich. TARMED stellt die nach Artikel 43 Absatz 5 KVG gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen dar. Die Tarifpartner haben TARMED im Rahmenvertrag inkl. Anhänge zwischen santésuisse und H+ vom 17. Mai 2002 und im Rahmenvertrag inkl. Anhänge zwischen santésuisse und FMH vom 20. Juni 2002 vereinbart. Auf Antrag der Tarifpartner hat der Bundesrat am 30. September 2002 die Rahmenverträge inklusive die TARMED Tarifstruktur Version 1.1 genehmigt und als gesamtschweizerisch einheitliche Einzelleistungstarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen festgelegt. Die Tarifpartner haben einzelne Tarifpositionen des TARMED regelmässig angepasst und dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt, die Tarifstruktur wurde jedoch nie gesamthaft revidiert. Die Datengrundlagen, die zur Ermittlung der Tarifstruktur herangezogen wurden, dürften heute veraltet sein. Gemäss dem Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) von 2010 gibt es Leistungen, die zu hoch vergütet sind und auch Leistungen, die zu tief vergütet werden. Zusätzlich kommt der Bericht zu dem Schluss, dass die Fachgruppen der Grundversorgung zu den Verlierern der Einführung des TARMED-Tarifmodells gehören. Der Revisionsbedarf ist grundsätzlich unbestritten. Das damalige Revisionsprojekt Tarmed 2010 von TARMED Suisse existiert seit mehreren Jahren, aber nur als Projektskizze; das Projekt selbst ist aufgrund der geforderten Einstimmigkeit innerhalb von TARMED Suisse blockiert. Die Krankenversicherer auf der einen Seite und die Leistungserbringer auf der anderen Seite arbeiten zum heutigen Zeitpunkt getrennt an einer möglichen Tarifrevision.

Ein Ziel bei Einführung des TARMED war die finanzielle Aufwertung der intellektuellen ärztlichen Leistungen gegenüber den technisch-apparativen Leistungen. Die Einkommensunterschiede zwischen den technischen Fachspezialitäten und den Grundversorgern haben aber seither zu- statt abgenommen. Artikel 43 Absatz 6 KVG fordert eine kostengünstige gesundheitliche Versorgung und damit eine wirtschaftliche Tarifgestaltung (Gebot der Wirtschaftlichkeit). Daraus wird nicht zuletzt abgeleitet, dass

ein Wechsel der Tarifierung dann nicht zu Mehrkosten und zu höheren Abgeltungen für die erbrachten Leistungen führen darf, wenn Qualität und Menge der erbrachten Leistungen mehr oder weniger gleich bleiben und somit keine Faktoren vorliegen, die höhere Kosten rechtfertigen. Ferner haben die Tarife auch der Billigkeit zu entsprechen (Art. 46 Abs. 4 KVG). Mit dem Grundsatz der Billigkeit wird einerseits der Grundsatz der wirtschaftlichen Tragbarkeit verbunden, wonach zu prüfen ist, ob die mit einem Tarif verbundenen Auswirkungen auf die Kosten und Prämien für die Versicherten tragbar sind. Andererseits ist aus dem Grundsatz der Billigkeit auch abzuleiten, dass eine Tarifstruktur ausgewogen zu sein hat, d.h. dass damit nicht eine bestimmte Leistungserbringergruppe bevorzugt werden soll.

Die Tarifstruktur TARMED basiert massgeblich auf Datengrundlagen aus den 1990er Jahren. Der medizinische und technische Fortschritt dürfte indessen zu Verschiebungen in der Struktur, d.h. einer veränderten Relation einzelner Leistungen zueinander geführt haben und die Tarifstruktur in diesem Sinne als nicht mehr sachgerecht zu betrachten sein. Insbesondere ist in den letzten Jahren in Bezug auf das Gesamtvolumen eine stärkere Steigerung des Taxpunktvolumens der technischen Leistungen (+ 19.3% zwischen 2009 und 2012) im Vergleich zu den intellektuellen ärztlichen Leistungen (+ 14.7% zwischen 2009 und 2012) zu beobachten. Aus dieser Volumensteigerung der Taxpunkte für die technischen Leistungen kann zudem abgeleitet werden, dass es Produktivitätsgewinne gegeben hat, welche man aufgrund des Gebots der Wirtschaftlichkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG) und der betriebswirtschaftlichen Bemessung (Art. 43 Abs. 4 KVG) zumindest teilweise kompensieren muss. Die Voraussetzungen für einen Eingriff des Bundesrates auf Basis der subsidiären Kompetenz nach Artikel 43 Absatz 5bis KVG sind damit erfüllt.

Um die intellektuellen ärztlichen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen stärker zu gewichten und dadurch die Grundversorger besser zu stellen, sieht die Verordnung eine Zuschlagsposition für die Leistungserbringergruppen Allgemeine Innere Medizin, praktischer Arzt, Kinder und Jugendmedizin in der Arztpraxis vor. Im Gegenzug wird die Bewertung der Taxpunkte der technischen Leistung (TL) für Tarifpositionen von 14 Kapiteln linear gesenkt. Die Grundversorger sind von den Kürzungen in diesen Kapiteln kaum betroffen. Die TL bezieht sich auf die Infrastruktur und berücksichtigt nach dem TARMED Modell Kostenelemente wie Personalkosten des nichtärztlichen Personals, Sachkosten, Umlagen und Anlagenutzungskosten. Die heutige Datenlage präsentiert sich so, dass nur die Tarifpartner in der Lage sind, die exakten Verhältnisse der Produktivitätsgewinne je Leistung zu ermitteln. Die dem Bundesrat zur Verfügung stehenden Daten erlauben es ihm nicht, auf Ebene der einzelnen Leistungspositionen differenzierte Eingriffe vorzunehmen. Mit einer linearen Kürzung soll möglichst wenig in die Tarifstruktur eingegriffen werden. Diese lineare Kürzung von 9% der Taxpunkte der technischen Leistungen (TL) für Tarifpositionen von 14 Kapiteln versteht sich als Übergangsmassnahme bis zu einer Totalrevision des Tarifmodells. Da am Umfang der Leistungen nichts ändert, soll diese Anpassung im Sinne von Artikel 43 Absatz 6 i.V. mit Artikel 46 Absatz 4 KVG zu keinen Mehrkosten führen (Kostenneutralitätsprinzip). Die Tarifpartner sind dazu aufgefordert, die Daten zu liefern, welche es ermöglichen, die Umbewertungen im Rahmen einer Revision des TARMED oder im Rahmen eines erneuten Eingriffs des Bundesrates differenzierter vorzunehmen. Die vorgesehenen Anpassungen tragen bis zu der von einigen Tarifpartnern angekündigten Gesamtrevision Ende 2015 grundsätzlich zu einer stärkeren Gewichtung der intellektuellen ärztlichen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen bei und sollen der Steigerung des Taxpunktvolumens der technischen Leistungen der letzten Jahre gegenüber den ärztlichen Leistungen entgegen wirken (vgl. Ausführungen in Ziffer III Anhang). Das gekürzte Taxpunktvolumen entspricht ca. 47% der Steigerung des Taxpunktvolumens der TL von 2009 – 2012 in den ausgewählten 14 Kapiteln. Durch die Kürzung wird somit knapp die Hälfte der TL-Steigerung (2009 – 2012) dieser Kapitel kompensiert. Bezogen auf die Steigerung des gesamten Taxpunktvolumens (AL+TL) von 2009 – 2012 aller TARMED-Kapitel machen die Kürzungen lediglich ca. 18% aus.

III. Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen

Art. 1 Gegenstand

Der Anwendungsbereich bezieht sich auf Anpassungen von Tarifstrukturen der sozialen Krankenversicherung nach Artikel 43 Absatz 5 erster Satz KVG (d.h. auf Einzelleistungstarife, welche auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen), die nach Artikel 46 Absatz 4 KVG durch den Bundesrat genehmigt wurden und in welche nun subsidiär eingegriffen wird.

Art. 2 Tarifstruktur für ärztliche Leistungen

Artikel 2 stellt den Bezug zur Einzelleistungstarifstruktur TARMED her. Ausgehend von der vom Bundesrat am 15. Juni 2012 genehmigten Tarifstruktur TARMED Version 1.08 werden im Anhang neue Tarifpositionen bzw. angepasste Tarifpositionen aufgeführt. Im Anhang werden die Anpassungen an der Tarifstruktur TARMED Version 1.08 spezifiziert. Diese sind von den Tarifpartnern zwingend anzuwenden, sofern nach der Einzelleistungstarifstruktur TARMED abgerechnet wird. Die Version 1.08.0000, auf welche sich die Anpassungen beziehen, ist unter www.tarmedsuisse.ch einsehbar.

Art. 3 Informationen und Daten

Die Tarifpartner sind aufgefordert, ihren Mitwirkungspflichten nachzukommen und notwendige Informationen und Daten für die Umsetzung der subsidiären Kompetenz auf Verlangen kostenlos an das Eidgenössische Departement des Innern zu übermitteln. Damit tragen sie zur Evaluation der Auswirkungen der vorgenommenen Anpassungen der Tarifstrukturen bei.

Art. 4 Inkrafttreten

Die Verordnung tritt am 1. Oktober 2014 in Kraft. Die Inkraftsetzung wird auf ein Quartalsdatum gelegt, um die Auswirkungen der Anpassungen zu einem späteren Zeitpunkt evaluieren zu können, da die Abrechnungsdaten in diesem Rhythmus erfasst werden. Die Publikation der Verordnung erfolgt vorher, damit die Tarifpartner entsprechend frühzeitig informiert sind und ihre Abrechnungssysteme anpassen können.

Anhang

Unter Ziffer 1 des Anhangs wird eine neue Zuschlagsposition mit der Bezeichnung „+ Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis“ in der Tarifstruktur TARMED definiert. Die Position (00.0015) kann als Zuschlag auf die Position „Grundkonsultation (00.0010)“ von einem Arzt bzw. einer Ärztin mit dem eidgenössischen Weiterbildungstitel „Allgemeine Innere Medizin“ (inkl. Doppeltitelträger), „Kinder- und Jugendmedizin“ (inkl. Doppeltitelträger) sowie „praktische/-r Arzt/Ärztin“ (ink. Doppeltitelträger) abgerechnet werden. Bei den vorliegenden Berechnungen wird davon ausgegangen, dass diese Position auch von den praktischen Ärzten und Ärztinnen abgerechnet werden kann, da auch diese als Teil der Grundversorgung gelten. Die neue Position wird ebenso wie die Position „Grundkonsultation (00.0010)“ in die Sparte Sprechzimmer eingeteilt. Die Anwendung der Zuschlagsposition ist auf die Abrechnung in der Arztpraxis durch die genannten Leistungserbringer limitiert. Weder andere Leistungserbringergruppen noch die Spitäler für den spitalambulanten Bereich dürfen die Zuschlagspositionen abrechnen. Sie darf mit 11 Taxpunkten (AL) maximal 1 mal pro Sitzung abgerechnet werden. Die Bewertung entspricht einer Mehrvergütung von geschätzten Fr. 200 Mio. auf Basis des Tarifpools 2011 (hochgerechnet).[1]

[1] Für den Antrag an den Bundesrat werden die Berechnungen noch mit Zahlen aus dem Tarifpool 2012 (hochgerechnet) durchgeführt.

Unter Ziffer 2 des Anhangs werden die bestehenden TARMED-Positionen, welche eine Senkung erfahren, definiert. In der Tarifstruktur TARMED werden bei den Tarifpositionen der folgenden Kapitel die Taxpunkte der technischen Leistungen (TL) um 9 Prozent gesenkt (kaufmännisches Runden auf zwei Stellen nach dem Komma) :

- 4 – Haut, Weichteile
- 5 – Zentrales und peripheres Nervensystem
- 8 – Auge
- 15 – Diagnostik und nichtchirurgische Therapie der unteren Atemwege inkl. Schlafdiagnostik
- 17 – Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen
- 19 – Diagnostik und nichtchirurgische Therapie des Gastrointestinaltraktes
- 21 – Diagnostik und Therapie von Nieren und Harnwegen sowie der männlichen Genitalorgane
- 24 – Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates
- 29 – Schmerztherapie
- 31 – Nuklearmedizin
- 32 – Radioonkologie, Strahlentherapie
- 35 – Operationssaal (OP), Aufwachraum, Tagesklinik
- 37 – Klinische Pathologie (Autopsie, Histologie, Zytologie) und Rechtsmedizin
- 39 – Bildgebende Verfahren

In diesen Kapiteln ist das abgerechnete Taxpunktvolumen der technischen Leistungen in absoluten Zahlen hoch (vgl. Beilage, letzte Spalte) und hat in den letzten Jahren (2009 - 2012) stark zugenommen (Steigerung TL absolut > 1 Mio, vgl. Beilage Spalte 4). Zudem sind bei diesen Kapiteln mindestens 50% der Steigerung (2009 – 2012) des Gesamtvolumens (AL + TL) auf das gestiegene Volumen TL in der gleichen Zeit zurückzuführen (Spalte 6). Die Rangfolge (nach Steigerung der abgerechneten Taxpunktvolumen der TL, Spalte 4) und die Auswahl der Kapitel (Quelle: Tarifpool 2009 – 2012 ohne Hochrechnung) ist in der Beilage einsehbar. Ausgeschlossen wurde das Kapitel 00 (Grundleistungen), da alle Leistungserbringergruppen, Grundversorger gleichermassen wie alle anderen Fachärzte und Fachärztinnen sowie Spitäler, in diesem Kapitel abrechnen, und das Kapitel 02 Psychiatrie, weil die Leistungen in diesem Kapitel als erweiterte Grundversorgung betrachtet werden können. Zudem wurden die Kapitel 22 (Diagnostik und Therapie der weiblichen Genitalorgane, Geburtshilfe) und 09 (Ohr, Gleichgewichtsorgan, N. facialis) wegen der sehr geringen prozentualen Steigerung des TL-Volumens nicht berücksichtigt. Die anderen Kapitel wurden auf Grund der eingangs genannten Bedingungen ausgeschlossen.

Die Anpassungen tragen bis zu der von einigen Tarifpartnern angekündigten Gesamtrevision des TARMED Ende 2015 zu einer stärkeren Gewichtung der intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen bei und sollen der Steigerung des Taxpunktvolumens der technischen Leistungen der letzten Jahre gegenüber den ärztlichen Leistungen entgegen wirken. Die lineare Kürzung von 9% der Taxpunkte der technischen Leistungen (TL) orientiert sich wie unter Ziffer II des Kommentars erläutert am Kostenneutralitätsprinzip und führt somit zu Einsparungen von Fr. 200 Mio. auf Basis des Tarifpools 2011 (hochgerechnet). Die Grundversorger sind von den Kürzungen in diesen Kapiteln kaum betroffen.

Beilage: TL Steigerung 2009 bis 2012 in Taxpunkten (grau: ausgewählte Kapitel)

	AL+TL	AL+TL	TL	TL	TL		TL 2012
	Steigerung Volumen 09-12	Steigerung	Steigerung Volumen 09-12 *	Steigerung	Anteil Steigerung TL **		Abrechnungs-volumen TL hochgerechnet mit Annahme 60% Abdeckungsgrad ***
Tarmed	**795'086'199**	**17%**	**508'800'756**	**19%**	**64%**		**5'252'655'313**
00, Grundleistungen	248'045'270	12.32%	125'595'405	13.13%	51%		1'803'140'700
39, Bildgebende Verfahren	153'813'159	20.00%	109'345'095	19.81%	71%		1'102'106'393
02, Psychiatrie	91'348'725	20.56%	63'067'649	27.83%	69%		482'831'252
08, Auge	57'112'107	21.93%	34'235'388	21.58%	60%		321'506'857
35, Operationssaal (OP), Aufwachraum, Tagesklinik	30'935'354	30.97%	31'074'610	31.78%	100%		214'750'047
37, Klinische Pathologie (Autopsie, Histologie, Zytologie) und Rechtsmedizin	34'034'596	61.03%	25'998'287	61.66%	76%		113'601'278
17, Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen	37'779'720	25.16%	24'994'995	26.02%	66%		201'761'178
32, Radioonkologie, Strahlentherapie	23'570'724	21.43%	21'301'265	20.89%	90%		205'447'953
19, Diagnostik und nichtchirurgische Therapie des Gastrointestinaltraktes	23'221'005	21.24%	16'881'466	20.77%	73%		163'568'955
04, Haut, Weichteile	16'986'345	18.44%	9'615'680	17.81%	57%		105'996'822
15, Diagnostik und nichtchirurgische Therapie der unteren Atemwege inkl. Schlafdiagnostik	10'549'214	29.43%	7'278'255	27.84%	69%		55'699'460
31, Nuklearmedizin	8'319'749	28.60%	7'270'395	30.38%	87%		51'999'513
05, Zentrales und peripheres Nervensystem	12'545'630	25.83%	6'376'360	24.46%	51%		54'078'195
29, Schmerztherapie	9'832'837	129.01%	5'771'523	120.02%	59%		17'634'063
24, Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates	10'606'841	21.14%	5'271'794	21.14%	50%		50'353'492
28, Anästhesie	10'844'619	19.32%	4'292'474	18.72%	40%		45'376'683
21, Diagnostik und Therapie von Nieren und Harnwegen sowie der männlichen Genitalorgane	4'921'163	19.44%	3'388'373	20.02%	69%		33'851'042
22, Diagnostik und Therapie der weiblichen Genitalorgane, Geburtshilfe	3'988'214	4.24%	2'552'901	5.08%	64%		87'955'350
09, Ohr, Gleichgewichtsorgan, N. facialis	2'260'071	4.88%	1'475'188	4.95%	65%		52'159'132
34, Intensivpflege und Spezialpflegeeinheiten	849'559	142.70%	891'666	185.15%	105%		2'288'773
01, Verbände	1'047'965	8.81%	738'923	8.68%	71%		15'417'175
10, Nase und Nasennebenhöhlen	1'158'249	10.99%	624'262	10.78%	54%		10'689'468
20, Chirurgische Therapie des Gastrointestinaltraktes	1'033'408	24.37%	562'379	25.67%	54%		4'589'327
18, Chirurgische Therapie von Herz und Gefässen	602'024	9.41%	343'420	9.63%	57%		6'516'787
07, Gesichtsschädel und Stirnbeinbereich	362'003	25.94%	173'763	28.28%	48%		1'313'625
13, Larynx und Trachea	194'589	25.03%	97'265	24.81%	50%		815'378
11, Mund, Mundhöhle und Speicheldrüse	154'315	17.38%	84'606	17.77%	55%		934'453
16, Chirurgische Therapie der Thoraxorgane	65'994	66.36%	24'930	45.32%	38%		133'235
14, Halsweichteile, inkl. Schilddrüsen und Nebenschilddrüsen; exkl. Tracheateil und Bronchialteil	32'202	34.68%	13'558	34.85%	42%		87'428
12, Pharynx	6'079	0.27%	4'695	0.38%	77%		2'063'597
36, Notfallaufnahme	-433	-66.92%	-424	-92.37%	98%		58
26, Lymphknoten, Lymphwege	-4'577	-1.89%	-894	-0.79%	20%		187'162
30, Bildgebende Verfahren	-901	-1.66%	-21'724	-71.12%	2411%		14'700
06, Wirbelsäule	-75'374	-18.71%	-37'212	-19.71%	49%		252'638
23, Diagnostik und Therapie der Mamma	-102'839	-0.66%	-52'789	-0.69%	51%		12'616'922
03, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	-950'376	-2.47%	-432'087	-2.28%	45%		30'912'707
		Summe grau	308'803'486				2'692'355'248

Eigene Berechnung und Darstellung; Quelle: Tarifpool 2009 - 2012 ohne Hochrechnung, Abdeckungsgrad 60 %

* Die Zeilen sind in der Reihenfolge der Spalte „Steigerung Volumen 09 – 12 TL“ geordnet.

** Diese Spalte berechnet sich aus dem Verhältnis von Spalte 4 zu Spalte 2 (Steigerung Volumen TL / Steigerung Volumen AL + TL).

*** In dieser Spalte sieht man das Abrechnungsvolumen TL, welches aber mit der Annahme von einem Abdeckungsgrad des Tarifpools von 60% hochgerechnet wurde.