

Wie weiter mit dem 12-Milliarden-Deal?

Die Gesundheitskosten steigen wieder stark an. Im Herbst steht gemäss Fachleuten ein satter Prämienanstieg an. Umso gespannter wird derzeit der Entscheid des Bundesrates zum neuen Tarif für die ambulante Medizin namens Tardoc erwartet. Dieser soll die Fehlanreize im heutigen Tarifsysteem beseitigen – und so die Kosten senken. Es geht um 12 Milliarden Franken, die unter der Ärzteschaft neu verteilt werden sollen. Doch Tardoc ist umstritten. Eine Positionsbestimmung.



Der neue Arzttarif Tardoc hat den Praxistest noch nicht bestanden, denn die verschiedenen Akteure der Gesundheitsbranche sind sich nicht darüber einig.

Symbolbild: Alessandro Crinari/Keystone

Pro: Qualität in der ambulanten Patientenversorgung stärken

Eines ist unbestritten: Der ambulante Arzttarif Tarmed ist hoffnungslos veraltet. Er wird der heutigen Versorgung nicht gerecht und schadet damit letztlich den Patientinnen und Patienten.

Dieser Zustand könnte einfach verbessert werden. Mit dem Tardoc, den die Tarifpartner (Versicherer und Ärzteschaft) 2019 dem Bundesrat eingereicht haben, liegt ein sachgerechter und moderner Tarif vor. Mit dem Tardoc würden nicht nur die Grundversorgung und die interprofessionelle Zusammenarbeit unter den Gesundheitsfachpersonen gestärkt. Erstmals würden auch wichtige Patientenbedürfnisse wie die Versorgung chronisch Kranker und die ambulante Palliativmedizin oder die Digitalisierung abgebildet. Und der Tardoc ist nicht nur aktuell – er ist auch aktualisierbar. Als pflegbarer Tarif kann er laufend weiterentwickelt werden – wie für eine gute Gesundheitsversorgung nötig.

Warum steht der Tardoc so unter Beschuss? Zum einen wird vor Kostensteigerungen gewarnt, wie es immer getan wird, wenn etwas abgewehrt werden soll. Tatsache ist: Der Tardoc ist kostenneutral.

Andernfalls hätte die Mehrheit der Versicherer diesem Tarif niemals zugestimmt. Neben der gesetzlich geforderten Kostenneutralität garantiert der Tardoc zudem Transparenz durch ein Kostenmonitoring mit Korrekturmöglichkeiten.

Warum steht der Tardoc noch unter Beschuss? Hinter dem Tardoc steht – wie gesetzlich gefordert – die Mehrheit der Leistungserbringer und der Versicherer. Neben der FMH, Curafutura und den Unfallversicherern hat sich auch die Swica der Tardoc-Allianz angeschlossen. Auch der Spitalverband H+ plädiert für die Einführung des Tardoc. Aber: Es gibt auch laute Minderheiten. Dass der einzige Akteur, der die Tarifrevision von vornherein blockierte, das Ergebnis nun nicht gutheisst, erstaunt nicht. Doch diese Blockadehaltung teilt zum Glück nur die Minderheit der Versicherer.

Auch die Förderung ambulanter Pauschalen spricht nicht gegen den Tardoc. Im Gegenteil: Alle Tardoc-Partner befürworten Pauschalen, die mit ihrer Genehmigung automatisch einzeltarifizierte Leistungen ablösen werden. Hier muss gelten: Das eine tun, das

andere nicht lassen. Es gibt keinen Grund, den Tardoc sterben zu lassen, bevor die ersten Pauschalen genehmigungsfähig sind.

Unsere Gesundheitsversorgung braucht den Tardoc. Natürlich ist er nicht perfekt – aber er ist deutlich besser als der heutige Tarif. Das ist unbestritten. Im Tardoc stecken Jahre intensiver Arbeit, Verhandlungen, Ressourcen und Expertise der Tarifpartner. Alle gesetzlichen Vorgaben und auch alle wesentlichen Forderungen des Bundes wurden erfüllt. Wenn dieser Tarif nicht genehmigungsfähig sein soll, dann wird kein Tarif je genehmigungsfähig sein. Dann erhält die Schweiz einen Staatstarif und praxisferne bürokratische Vorgaben. Damit wären einige Akteure am Ziel – die Patientinnen und Patienten aber sicher nicht.



Yvonne Gilli
Präsidentin des Ärztverbands FMH,
Departementsverantwortliche
Politik und Kommunikation

Contra: Qualität einfordern, statt alte Rezepte aufkochen

Die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen steigen ungebrochen weiter. Auch die Zahlen der ersten Monate von 2022 zeigen im Vergleich zum selben Zeitraum 2021 eine deutliche Kostenzunahme. Da die Kosten bereits im Vorjahr bei praktisch gleichbleibenden Prämien markant gestiegen sind, kündigen sich für die ganze Branche stärkere Prämienhöhungen für 2023 an.

Diese Situation ist heikel und verträgt weder Experimente noch eine weitere Kostensteigerung. Tardoc, die neue Einzelleistung-Tarifstruktur, steht leider für beides.

Das Parlament hat in der Sommersession 2021 beschlossen, gesamtschweizerisch verbindliche Pauschalen im ambulanten Bereich den Vorrang vor einem Einzelleistungstarif zu geben. Pauschalen haben unter anderem den Vorteil, dass sie weniger Fehlanreize für unnötige Leistungen verursachen und eine bestimmte medizinische Leistung grundsätzlich immer den gleichen Preis hat.

Um die Kostenentwicklung zu stabilisieren, müssen die ambulanten Pauschalen nun raschmöglichst eingeführt

werden. Ein ergänzender Einzelleistungstarif ist nur parallel und in keinem Fall vorgängig einzuführen. Diese Haltung teilt nun auch die Gesundheitskommission des Nationalrates, die den Bundesrat in einem Postulat beauftragt, den Tardoc erst zu genehmigen, wenn sich alle Tarifpartner auf ein gemeinsames Tarifsysteem geeinigt haben. Dieses neue ambulante Tarifsysteem soll nur dort Einzelleistungstarife beinhalten, wo keine Pauschalen möglich sind. Das Votum der Politik spricht zudem eine klare Sprache: Das veraltete System des Einzelleistungstarifes hat keine Zukunft.

Auch die Kostenbremse-Initiative der Partei der Mitte zeigt, dass die Politik der Kostensteigerung erfreulicherweise den Kampf ansagen will. Doch sowohl die Initiative als auch das Kostenziel, das der Bundesrat als indirekten Gegenvorschlag einbringt, sind alte Rezepte eines Kostendeckels. Wird eine solche Deckelung der Kosten als verbindlich erklärt, führt dies unweigerlich zu Rationierungen. Bleibt sie bloss eine Empfehlung, geht es mit der Fehl- und Überversorgung wie bisher weiter.

Es braucht ein grundlegendes Umdenken im Gesundheitswesen. Die Vergütung nach Einzelleistungen ist passé und birgt zu viele Fehlanreize. Ein erster Schritt sind ambulante Pauschalen, anstatt einzelne Leistungen zu vergüten. Diese können auf ganze Behandlungspfade ausgeweitet werden.

Der Königsweg wäre schliesslich die pauschale Vergütung nach Qualität. Im Klartext: Es sollten nur noch jene Leistungen voll vergütet werden, die von der Indikation bis zum Ergebnis die Qualitätskriterien erfüllen und auch wirklich zu einem Mehrwert für Patienten führen. Dieser Königsweg heisst «Pay for Quality». Ein System, welches das Patientenwohl ins Zentrum stellt und für massvollere Gesundheitskosten und somit für stabilere Prämien sorgt.



Thomas J. Grichtung
Generalsekretär und Mitglied
der Generaldirektion Groupe Mutuel
und Vizepräsident Santésuisse