
Argumentarium der mws zur Urabstimmung der FMH betreffend Revision des ambulanten Tarifs

Liebe Kolleginnen

Der Vorstand der mws empfiehlt, bei allen fünf Abstimmungsfragen der Urabstimmung über den ambulanten Tarif sowie bei den zwei Stichfragen JA zu stimmen. Im Folgenden finden Sie unsere Überlegungen hierzu – sowie einige Hinweise darauf, was passiert, wenn der Tarif abgelehnt wird.

1. Ausgangslage

Die Ärztekammer der FMH vom 28. April 2016 hat der erarbeiteten Tarifrevision mehrheitlich zugestimmt. Wegen der Wichtigkeit des Themas hat die FMH entschieden, die geplante Revision der ambulanten Tarifstruktur einer Urabstimmung zu unterbreiten. So kann das Ergebnis der Urabstimmung die Position der Mehrheit unter den Ärztinnen und Ärzten und nicht nur die Position der Mehrheit in DV und Ärztekammer abbilden.

Aus Sicht einzelner Fach- oder Kantonalgesellschaften mögen die einen oder anderen Punkte des vorliegenden Pakets – bestehend aus vollständig revidierter Tarifstruktur, Einführung des Modellansatzes „individueller ärztlicher Faktor“ IAF, neuen KVG- und UVG-Grundverträgen sowie der Normierungsvereinbarung – immer noch nicht akzeptabel sein.

Der Vorschlag ist ein Kompromiss, der eine valable Basis für die weitere Entwicklung des Tarifwerkes darstellt. Können sich die Tarifpartner nicht zu einer Lösung durchringen, wird der Bundesrat entscheiden und dabei die Interessen der Ärzteschaft mit Sicherheit nicht an vorderster Stelle berücksichtigen. Der Vorstand der mws unterstützt deshalb den vorliegenden Entwurf.

Als nationaler Verband mit Mitgliedern aller Fachrichtungen und aller Positionen, von der Studentin über die freipraktizierende bis zur pensionierten Ärztin, und von der Assistenz über die Oberärztin bis zur leitenden und zur Chefärztin, geben wir zu bedenken, dass dieses Paket in den letzten Jahren intensiv und partnerschaftlich verhandelt worden ist: Zwischen allen Fachgesellschaften seit 2010 und zwischen der FMH und den Tarifpartnern H+ und MTK (sowie curafutura als Beobachter) seit 2012 – etwas, das schon jahrzehntelang nicht mehr stattgefunden hat!¹

Wir empfehlen ein JA zu allen Fragen, damit die vorliegende, partnerschaftlich verhandelte Tarifstruktur ats-tms Version 1.0 innert der bis 30. Juni 2016 verlängerten Frist zuhanden des Bundesrates eingereicht werden kann. Denn in der neuen ats AG ist eine Weiterentwicklung des Tarifs und damit eine jährliche Tarifierhöhung explizit vorgesehen. Somit kann – und soll! – über viele noch strittige Punkte weiter verhandelt werden.

¹ Die Pattsituation im Steuerungsorgan der TARMED Suisse führte vielmehr dazu, dass das eidgenössische Parlament durch eine Gesetzesänderung dem Bundesrat die subsidiäre Kompetenz zum Eingriff in die Tarifstruktur erteilte. Diese subsidiäre Kompetenz hat der Bundesrat im Jahr 2014 erstmals genutzt und per 1. Oktober desselben Jahres in die Tarifstruktur eingegriffen (Kürzung von TL-Leistungen in einigen Kapiteln, sowie Einführung der Position 00.0015).

2. Kommentare zu den einzelnen Fragen

Für die einzelnen Fragen zitieren wir nachfolgend das *Argumentarium des VSAO* – mit Ausnahme der Frage 2, wo wir eine abweichende Empfehlung abgeben, sowie der Stichfragen zu Frage 2 und zu Frage 3, wo wir andere Argumente vorbringen:

- Frage 1: Wollen Sie die revidierte Tarifstruktur ats-tms Version 1.0 (Tarifbrowserversion 5.0) für die Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen annehmen?

Annahme empfohlen.

„Die FMH hat die nun vorliegende Tarifstruktur mit den Fachgesellschaften erarbeitet. Wenn es der Ärzteschaft nicht gelingt, einen eigenen Tarif einzureichen, dann wird der Bundesrat den Tarif festlegen, was aus unserer Sicht sicher nachteilig für die gesamte Ärzteschaft wäre (Tarif würde sinken). Damit die Tarifautonomie erhalten bleibt, muss der neuen Tarifstruktur zugestimmt werden, auch wenn sie vielleicht noch nicht perfekt ist.“

- Frage 2: Wollen Sie den Modellansatz «individueller ärztlicher Faktor» IAF mit einem maximalen Ausschlagswert von +/- 10% annehmen?

Annahme empfohlen.

Beim IAF geht es zum heutigen Zeitpunkt nur um eine grundsätzliche Zustimmung oder Ablehnung. Die Faktoren und ihre Gewichtung, die diese Varianz begründen, sollen erst in den nächsten Monaten gemeinsam von der Ärzteschaft in verschiedenen Workshopgruppen erarbeitet werden. Vorgesehen ist, diese Parameter der Ärztekammer der FMH vom 27. Oktober 2016 vorzulegen. Diese kann auch entscheiden, den definitiv ausgestalteten IAF einer Urabstimmung zu unterbreiten. Weil der IAF ausserhalb der Tarifstruktur erfolgen soll, ist er nicht gleichzeitig mit der Tarifstruktur zur Genehmigung einzureichen. Ziel ist es aber, den IAF gleichzeitig mit dem Inkrafttreten der neuen Tarifstruktur einzuführen.

- Stichfrage zu Frage 2: Falls der Modellansatz «individueller ärztlicher Faktor» IAF von der Mehrheit der Stimmenden abgelehnt wird: Wollen Sie die Tarifstruktur auch in diesem Fall annehmen?

Annahme empfohlen.

Die mws empfiehlt, ebenso wie die Mehrheit der Ärztekammerdelegierten, die Tarifstruktur auch ohne IAF zu genehmigen.

- Frage 3: Wollen Sie die Normierungsvereinbarung Version 0.3 vom 25.3.2016 mit dem Normierungsfaktor 0.73 zur Einführung der revidierten ambulanten Tarifstruktur annehmen?

Annahme empfohlen.

„Der Bundesrat hat klar gemacht, dass er nur eine kostenneutrale Revision akzeptieren wird. Das gleiche gilt für den Tarifpartner curafutura. Die Normierungsvereinbarung sorgt für diese Kostenneutralität. Wir empfehlen deshalb Zustimmung, da ansonsten die gesamte Tarifrevision scheitern würde.“

- Stichfrage zu Frage 3: Falls die Normierungsvereinbarung gemäss Frage 3 von der Mehrheit der Stimmenden abgelehnt wird: Wollen Sie die Normierungsvereinbarung annehmen unter der Voraussetzung, dass vereinbart werden soll, dass die durch den Normierungsfaktor 0.73 verursachte Abweichung von der betriebswirtschaftlichen Bemessung mittelfristig (innert 5-10 Jahren) korrigiert wird?

Annahme empfohlen.

Wir können einer Kostenneutralität via Normierung über den Einführungszeitpunkt hinaus nicht zustimmen. Die mws ist der Ansicht, dass nach der kostenneutralen Revision die vorliegenden gesetzeskonformen, betriebswirtschaftlich korrekten, aktualisierten und sachgerechten Tarife zur Anwendung zu gelangen haben. Ob die Kosten für eine qualitativ gute Behandlung vom KVG getragen werden sollen bzw. können, ist – unter Einbezug der Ärzteschaft – von den hierfür zuständigen Gremien zu bestimmen. (Zitat unserer Stellungnahme zum Qualitätszentrum)

- Frage 4: Wollen Sie den Grundvertrag KV Version 10.2 vom 08.03.2016 annehmen?

Annahme empfohlen.

„Dieser Vertrag ist integraler Bestandteil der Tarifrevision und sollte deshalb akzeptiert werden.“

- Frage 5: Wollen Sie den Grundvertrag UVG Version 0.7 vom 08.03.2016 annehmen?

Annahme empfohlen.

„Dieser Vertrag ist integraler Bestandteil der Tarifrevision und sollte deshalb akzeptiert werden.“

3. Fazit

Deshalb empfehlen wir, geben Sie der Tarifautonomie und der geeint verhandelnden Ärzteschaft eine Chance – und stimmen Sie bei alle fünf Abstimmungsfragen sowie den zwei Stichfragen JA!

Kollegiale Grüsse

Maya Züllig, Präsidentin