



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Office fédéral de la santé publique
Division Prestations
3003 Berne

Par e-mail

Lieu, date	Berne, le 21 juin 2017	N° direct	031 335 11 13
Interlocuteur	Martin Bienlein	E-mail	martin.bienlein@hplus.ch

Réponse de H+ relative à la consultation concernant la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie

Monsieur le Conseiller fédéral,
Madame, Monsieur,

Le 22 mars, vous avez invité H+ Les Hôpitaux de Suisse (ci-après H+) à prendre position dans le cadre de la consultation sur l'ordonnance relative à la fixation et à l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie. Nous vous en remercions. La présente réponse repose sur une enquête auprès de nos membres.

De façon générale, H+ est convaincue de la nécessité de réviser totalement les structures tarifaires pour les prestations médicales ambulatoires (TARMED) et pour la physiothérapie ambulatoire. Quelques prestations sont sous-évaluées actuellement, d'autres sont surévaluées et certaines ne figurent pas encore dans ces tarifs. C'est la raison pour laquelle H+ s'est engagée ces dernières années avec d'autres partenaires dans une révision de ces deux structures tarifaires. De plus, H+ est partie à des conventions tarifaires pour une douzaine d'autres prestations ou types de prestations qui doivent également être révisées.

Les hôpitaux, les cliniques et les institutions de soins rejettent totalement le projet du Conseil fédéral pour les prestations médicales ambulatoires et pour les prestations ambulatoires de physiothérapie, car il n'est ni structuré de manière appropriée ni calculé d'après les règles applicables en économie d'entreprise (cf. jugement de la Chambre d'arbitrage LAMal du canton de Lucerne SG 15 2, 2017 III N° 1). L'«équité» et le respect du «principe d'économie» dans le calcul des structures tarifaires, requis à l'art. 46 al. 4 LAMal, ont déjà été rappelés dans un arrêt jurisprudentiel (C-4308/2007, considérant 3.1). Le projet du Conseil fédéral ne tient pas compte des réalités médicales dans les hôpitaux, les cliniques et les institutions de soins, et en particulier des innovations médicales. Certains points des deux nouvelles structures tarifaires soumises par H+ le 15 août 2016 et le 3 novembre 2016 ne peuvent pas – sans adaptations supplémentaires – en être extraits pour être intégrés dans les anciennes structures tarifaires TARMED et de la physiothérapie. Car, sur plusieurs points, les anciennes et les nouvelles structures ne sont pas organisées de la même manière. Le projet d'ordonnance péjore les structures tarifaires, qui deviennent encore plus inappropriées.

Le CDF et la DéIFin exigent explicitement une révision totale de ces deux structures tarifaires. Des interventions ponctuelles ne permettent plus de pallier l'inadéquation des tarifs. C'est la raison pour laquelle H+ s'en tient aux deux structures tarifaires totalement révisées remises le 3 novembre 2016 (prestations médicales ambulatoires) et le 15 août 2016 (physiothérapie ambulatoire) et exige du Conseil fédéral qu'il gèle le présent projet d'ordonnance et qu'il mette en consultation les structures tarifaires qui lui ont été soumises par H+. Ces deux structures sont adéquates sur le plan médical et, respectivement, sur le plan de la physiothérapie. Elles reposent sur la pratique actuelle de la médecine et de la physiothérapie dans les hôpitaux, les cliniques, les institutions de soins ainsi que dans les cabinets privés et ont été calculées selon les règles applicables en économie d'entreprise.

Rationnement au détriment des groupes les plus vulnérables

Les nouvelles structures TARMED et de la physiothérapie prévoient des restrictions de prestations qui ne sont pas appropriées. Les premiers touchés par ce rationnement sont les groupes vulnérables, et en particulier:

- les enfants,
- les malades psychiques,
- les patients âgés,
- les patients multimorbides,
- les patients atteints de démence,
- les patients atteints de maladies chroniques comme la sclérose en plaques
- les patients des services d'urgence,
- les patients atteints de maladies neurologiques qui entraînent des difficultés de communication,
- les patients atteints de maladies potentiellement mortelles comme le cancer,
- les patients atteints de maladies rares.

Cette liste d'exemples n'est pas exhaustive. Elle repose sur les réponses de nos membres.

Prestations manquantes

Dans le tarif de la physiothérapie et dans le TARMED, des prestations manquent. Celles-ci devront continuer d'être facturées de manière plus ou moins appropriée au moyen de «positions analogues».

Un pas en arrière pour la médecine

Les coupes prévues par le projet sont si étendues qu'elles remettent en question les prestations ambulatoires concernées. Premièrement, les fournisseurs de prestation se demanderont s'ils peuvent encore prodiguer ces prestations et, deuxièmement, s'ils ne feraient pas mieux de le faire en stationnaire. Cela menacerait les progrès de la médecine de ces dernières années ou en annulerait les effets, bien qu'ils soient souhaités sur le plan politique, pertinents médicalement et bénéfiques pour le patient.

Conséquences imprévisibles pour l'offre en soins médicaux

Les calculs de nos membres ont montré que l'ensemble des domaines médicaux sont affectés par le projet. Cela signifie que les hôpitaux et les cliniques ayant une offre large et dont le financement des prestations ambulatoires est déjà insuffisant, verront ce déficit se creuser encore et atteindre jusqu'à 35%. Et cela alors que les calculs de H+ ont montré que le sous-financement atteint déjà CHF 600 Mios pour les prestations ambulatoires. En pédiatrie, l'insuffisance de financement est particulièrement marquée, car la part des traitements ambulatoires y est élevée et les possibilités de subventionnements croisés de l'assurance complémentaire sont négligeables pour l'ensemble de l'institution. À plus longue échéance, le projet pourrait mettre en péril la sécurité de l'offre en soins pour certaines spécialités médicales ou pour certaines régions.

Toutes les prestations admises sont soumises à remboursement

Il n'est en outre pas approprié et donc non conforme à la loi que le projet prévoie de ne pas rembourser, ou partiellement seulement, des prestations obligatoires au sens de la LAMal prescrites par des médecins. Le projet introduit des incitations au rationnement, en d'autres termes au refus de prestations médicales à des personnes malades, parce que l'assurance-maladie sociale obligatoire ne paiera plus ces prestations. Les prestations obligatoires au sens de la LAMal doivent être remboursées. Si le Conseil fédéral veut les sortir de l'assurance obligatoire des soins, le Département fédéral de l'intérieur doit le faire en modifiant l'Annexe 1 de l'OPAS et non pas à travers les structures tarifaires comme dans le cas présent.

Le projet de l'OFSP ne repose pas sur les bonnes données

L'OFSP n'a pas joint de données de calcul à sa consultation. H+ explique l'inadéquation et, partant, l'illégalité du projet, par le fait que l'OFSP a essentiellement pris en considération et contrôlé les demandes des assureurs maladie qui reposent sur les données de facturation, et non pas celles de H+, qui reposent sur l'état des connaissances médicales et physiothérapeutiques ainsi que sur les données effectives des hôpitaux, des cliniques, des institutions de soins et des cabinets privés.

Il est indispensable de disposer des données actuelles de prestations et de coûts pour calculer les prestations médicales, et non pas d'utiliser des données de facturation provenant d'une structure tarifaire dépassée, comme l'a vraisemblablement fait l'OFSP. Il est hautement improbable que ces données de facturation soient encore valables aujourd'hui, compte tenu des progrès de la médecine et de l'évolution des prestations et des prix au cours des deux dernières décennies.

Un projet motivé par des considérations essentiellement politiques

Comme ce fut le cas pour la première intervention à titre subsidiaire en 2014, ce projet est motivé par des considérations essentiellement politiques. Il n'est pas approprié et donc illégal. Le fait que les propositions ne vont que dans le sens d'une dévaluation des prestations indique clairement une motivation d'ordre politique. Même dans l'harmonisation de la valeur intrinsèque, le revenu normatif des médecins est réduit, puisque le facteur doit être fixé en-dessous de 1. De plus, des prestations sont toujours absentes du tarif et de nouveaux calculs des coûts des immobilisations, des salaires du personnel médical et avant tout non médical font, entre autres, encore défaut.

Interprétation erronée de la loi, conséquences négatives sur le partenariat tarifaire et en contradiction avec la stratégie «Santé2020» du Conseil fédéral

L'interprétation en partie erronée des bases légales constitue une autre faiblesse de l'ordonnance en consultation, à laquelle s'ajoutent les conséquences négatives sur le partenariat tarifaire, le déséquilibre du projet et les contradictions par rapport à la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral.

Des structures tarifaires appropriées sont à disposition

Avec les deux soumissions de tarif du 15 août 2016 pour la physiothérapie ambulatoire et du 3 novembre 2016 pour les prestations médicales ambulatoires, le Conseil fédéral dispose de données fiables pour le calcul des positions tarifaires. Lors de ces deux dépôts, H+ a insisté sur le fait qu'elle est prête à expliquer en détail la structure tarifaire, à livrer davantage de données et au besoin, à apporter des correctifs. L'OFSP n'a pas donné suite à cette offre.

Il n'est pas possible de «picorer» des éléments des nouvelles structures entièrement révisées pour adapter de manière sélective les anciennes structures tarifaires

H+, la FMH et la CTM ainsi que l'ensemble des partenaires de la physiothérapie sont bien décidés à réviser complètement le TARMED et le tarif de la physiothérapie. Et cela parce qu'ils sont conscients qu'il ne sera pas possible de résoudre les problèmes de fond des deux structures tarifaires par des révisions partielles telles que celles proposées par le Conseil fédéral. Le projet a extirpé certaines propositions des structures entièrement révisées et les a intégrées aux anciennes structures tarifaires. Et cela sans contrôler ni démonter, au cas par cas, que c'était possible et qu'une partie supplémentaire et indispensable du tarif entièrement révisé ne se trouvait pas ainsi perdue. De telles erreurs ont été commises dans le projet présenté. Du fait de la complexité des deux structures tarifaires, il n'est tout simplement pas possible de «picorer» des éléments des nouvelles structures pour les intégrer aux anciennes.

Seule une critique partielle peut être apportée

Compte tenu de la profonde inadéquation des propositions du Conseil fédéral et au vu des calculs ne respectant pas les règles applicables en économie d'entreprise, H+ n'est pas en mesure de prendre position de manière complète. Les critiques formulées ici sont donc partielles et à considérer comme des exemples. La critique exhaustive se trouve en réalité dans les travaux de révision menés durant quatre ans et demi par 200 expertes et experts. L'ensemble des propositions d'amélioration figurent dans les deux structures entièrement révisées. Cependant, afin d'aborder les travaux de l'OFSP de manière aussi fondée que possible, H+ a structuré sa réponse comme suit:

- L'argumentaire 1 montre à l'aide de données et d'exemples livrés par nos membres la réalité dans les hôpitaux, les cliniques et les institutions de soins.
- Dans l'argumentaire 2, H+ prend position sur le projet du Conseil fédéral.
- Dans l'argumentaire 3, H+ présente les problèmes que pose le projet sur les plans juridique, politique et du partenariat tarifaire.
- Dans ses pistes de solutions, H+ fait quelques propositions d'amélioration, compte tenu des réserves mentionnées ci-dessus.

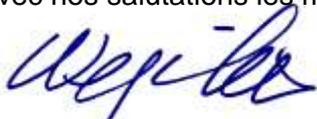
Nous joignons en outre les documents suivants:

- Rapport final V1.0 externe, groupe technique (GT) «Urgences Hôpital» du 11.3.2016;
- Augmentation des volumes de prestations en absence (Pool tarifaire de H+).

Par ailleurs, nous nous référons aux requêtes et documents déposés les 15 août et 3 novembre 2016 dont disposent le Conseil fédéral et l'Office fédéral de la santé publique. Nous demandons instamment à l'OFSP de consulter ces documents et de les mettre en consultation auprès des partenaires tarifaires.

Nous vous prions de tenir compte de nos demandes et restons volontiers à votre disposition pour toute question.

Avec nos salutations les meilleures



Bernhard Wegmüller
Directeur



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Argumentarium 1: Realitäten der Medizin

Der Entwurf verkennt den Stand der Medizin sowie die damit verbundenen Leistungen der Ärztinnen und Ärzte und des nichtärztlichen Fachpersonals. Hier eine Auswahl dieser Realität:

- Fragen beantworten von Patientinnen und Patienten, die durch Vorinformationen, zum Beispiel aus dem Internet, verunsichert sind;
- komplexe Krankheiten und Behandlungsbilder verlangen mehr Vorabklärungen und aufwändige Recherchen;
- komplexe Krankheiten und Behandlungsbilder benötigen den Einbezug interdisziplinärer Fachteams, die nicht immer zusammen vor Ort sind;
- Fremdakten anfordern und konsultieren;
- Interdisziplinär zusammenarbeiten, vor allem in Boards, z. B. Tumorboards;
- Bildkonsilien oder Zweitbeurteilung durchführen;
- Präoperative Simulation der Operation im Einzelfall;
- Von den politischen Behörden geforderte Qualitätsstandards einhalten und dokumentieren, besonders in der Radiologie, Pathologie;
- Vor- und nachbehandelnde Stellen und Behörden in Diagnose und Therapie einbeziehen;
- Leistungen erfassen, Leistungen kontrollieren und die Leistungserfassung schulen im Sinne der korrekten Verrechnung;
- Steigende Anzahl von Versichereranfragen beantworten.

Um genauer zu erklären, wie die Behandlung der Patientinnen und Patienten im Spitalalltag aussieht, haben uns unsere Mitglieder Beispiele zur Verfügung gestellt, die wir nachfolgend wiedergeben. Die Liste ist exemplarisch und nicht abschliessend. Sie beinhaltet zudem keine Priorisierung. Bei allen exemplarisch und nicht abschliessend genannten Gruppen hat der Entwurf verheerende medizinische Folgen und muss deshalb mindestens als unsachgerecht bezeichnet werden. Hätte sich das BAG auf die beiden sachgerechten und betriebswirtschaftlich bemessenen Tarifstrukturen gestützt, die H+ vorgelegt hat, wäre dies nicht der Fall.

1. Kinder

Die nachfolgenden Beispiele haben die unabhängigen Kinderspitäler zur Verfügung gestellt, aber sie können auf alle Leistungserbringer von Kindermedizin übertragen werden. Die Kindermedizin ist von einem Abbau der ambulanten Vergütung überdurchschnittlich betroffen. Ihr steht auch nicht die Kompensationsmöglichkeit aus Einnahmen der Privatversicherungen zur Verfügung.

Die drei eigenständigen Kinderspitäler haben ein Verhältnis von lediglich 18'000 stationären zu 300'000 ambulanten Patientinnen und Patienten, also von 1:17. In diesen Kinderspitälern finden zwei Drittel der ambulanten Konsultationen in spezialisierten Polikliniken statt, ein Drittel auf den Notfallstationen.

Während die Kinder tagsüber von den Praxispädiatern in der Grundversorgung gut betreut werden, füllen sich die Notfallstationen der Kinderkliniken ab 17:00 Uhr und am Wochenende, dann wenn die Arztpraxen geschlossen sind. Gerade abends und nachts machen sich Eltern oft besonders grosse Sorgen und verlangen nach einer Beurteilung ihres kranken Kindes. Dies aus gutem Grund, sind die körperlichen Reserven und die Kommunikation bei Kindern doch sehr

viel eingeschränkter als beim Erwachsenen. Die Kinderspitäler haben darauf reagiert und Praxispädiater angestellt, die in den Abendstunden und am Wochenende mithelfen, den Ansturm auf den Notfallstationen zu bewältigen. Das Angebot der Kinderspitäler, Notfallstationen zu betreiben, ist aus Sicht der Eltern und deren Kinder eine absolute Notwendigkeit. Ungeplante Patientenbehandlungen generieren aber stets höhere Kosten als Patientenkonsultationen, die eine Praxis tagsüber planbar auslasten.

Im Gegensatz zur Erwachsenenmedizin findet die spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin fast ausschliesslich in den Kinderspitälern statt. Dies einerseits, weil die Fallzahlen vergleichsweise klein sind, andererseits weil der notwendige Gerätepark für die unterschiedlichen Altersstufen aufwändig zu halten ist. Kurz zusammengefasst: es hat sich noch nie gelohnt, diese zeitlich, kommunikativ und technisch aufwändige Spezialmedizin in der freien Praxis anzubieten. Die Konzentration der Kinder- und Jugendmedizin ist auch im Sinne der Qualität und der Wirtschaftlichkeit und entspricht somit dem Willen der Politik und der Bevölkerung.

Eine Zusammenarbeit in der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin findet bereits heute zwischen den Spitälern statt. Dies vor allem deshalb, weil es in diesem Bereich zu wenig sub-spezialisierte Fachärzte gibt. Beispielsweise decken die Spezialisten des einen Kinderspitals während Ferienzeiten konsiliarisch den Dienst eines anderen Kinderspitals in einem anderen Landesteil mit ab. Verschiedene Spezialärzte stehen für die oft chronisch kranken Kinder und Jugendlichen und für die behandelnde Ärzteschaft das ganze Jahr über im Piketteinsatz bereit.

Der Markt spezialisierter Kinderärzte ist in der Schweiz äusserst dünn. Die Rekrutierung von Fachärzten muss daher vielfach im angrenzenden Ausland stattfinden. Die Berufungsverfahren der letzten Jahre an den Universitätsspitalern zeigen, wie prekär das Angebot spezialisierter Kinderärzte auch europaweit ist.

Der Frauenanteil in der Kinder- und Jugendmedizin ist mit rund 80% Assistenzärztinnen überdurchschnittlich hoch. Ein grosser Anteil dieser Ärztinnen arbeitet bevorzugt Teilzeit. Die meisten Kinderärztinnen haben zu Hause eine Familie, für die sie auch Zeit haben möchten. Wenn diese Ärztinnen in den Praxen arbeiten, dann verstärkt sich die Verschiebung in die Spitäler und Kliniken (siehe oben).

In den Kinderspitälern werden – dies im Unterschied zur Erwachsenenmedizin – von fast allen Geräten verschiedene Grössen für unterschiedliche Altersstufen benötigt. Gleichzeitig dauern die Eingriffe pro Patient durchschnittlich deutlich länger. Dies gilt beispielhaft für die moderne Bildgebung: die Belegung des MRT dauert in der Regel mindestens 60 Minuten. Computertomographie- und Magnetresonanzuntersuchung bei Kindern decken daher wegen falscher tariflicher Abbildung die Kosten schon heute nicht. Mit den vorgeschlagenen Limitationen potenziert sich dieser Effekt. Die Gastroenterologie hat die notwendige technische Leistung für die Amortisation der Geräte der pädiatrischen Gastroenterologie berechnet. Es wären schon im ursprünglichen Tarmed 70% höhere technische Vergütungen notwendig, um die Geräte amortisieren zu können.

1.1 Entwicklung der Kindernotfälle: Stetige Zunahme um 20% in 4 Jahren.

Zahlen von drei Kinderkliniken:

	2013	2014	2015	2016
Anzahl	79'889	84'740	89'762	96'254
Zunahme im Vergleich zu 2013		4'851	9'873	16'365
Zunahme im Vergleich zu 2013 in %		6%	12%	20%
Zunahme im Vergleich zum Vorjahr		6%	6%	7%

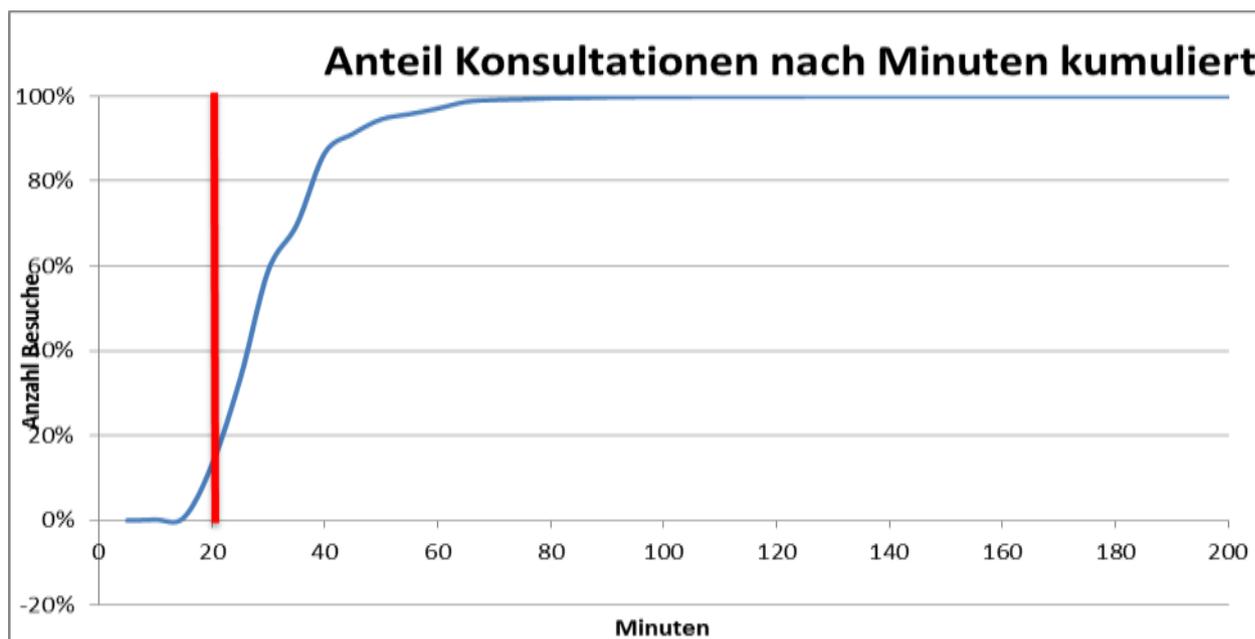
1.2 Durchschnittliche Konsultation bei Kindern dauert 31 Minuten

Durchschnittlich dauert eine Konsultation in den Kinderspitälern 31 Minuten. Die Zahlen unterscheiden sich zwischen den Spitälern nicht wesentlich.

	Anzahl Konsultationen	Minuten Pos 00.0010 bis 00.0030	Durchschnitts- dauer in Minuten
Summe	182'465	5'609'325	31

1.3 Nur 13% der Konsultationen bei Kindern dauern unter 20 Minuten

Mit dem neuen TARMED wären nur ungefähr 13% der Konsultationen in der vorgegebenen Zeit machbar. Zahlen einer exemplarischen Kinderklinik:



1.4 Beispiel Verlaufskontrolle

Verlaufskontrolle einer 12-jährige Patientin bei peripherer Fazialisparese mit Neurostatus.

Leistung	in An- wesenheit	in Ab- wesenheit
Anamnese	10'	
Untersuchung	10'	
Besprechung mit Oberarzt		5'
Zweimal Telefonat mit Labor bzgl. Laborwerte		10'
Rücksprache mit Infektiologie		5'
Rücksprache mit Neurologie, anschliessend Neurokonsil durch den Neuropädiater	15'	
Telefonat mit Mutter		5'
Berichtverfassung		15'
Total	35'	40'

1.5 Beispiel Jahreskontrolle Diabetes

Jahreskontrolle Diabetes mellitus Typ 1, Insulinpumpenträger mit Sensor für kontinuierliche Blutzucker-Messung. Auch hier sind viele Aufwände des Fachpersonal nicht abrechenbar, weder in der nun vorgeschlagenen noch in der bestehenden Tarifstruktur des TARMED.

	Arzt	Dauer	Spezialisierte Pflege Diabetesberatung	Dauer	Pflegefachfrau	Dauer
Vor Konsultation	Durchlesen aller eingegangener Berichte von anderen Disziplinen und E-Mails zwischen Patient und Diabetes-Team seit letzter 3 Monats-Kontrolle	5'				
Beim Eintreffen des Patienten			Einlesen der digital gespeicherten Daten der Insulinpumpe und des Blutzuckersensors	10-15'	Messen von Gewicht, Länge, Blutdruck, Puls	5-10' altersabhängig
Konsultation Anamnese	1) Allg. gesundheitliche Probleme (Kopfschmerzen, Verdauung, Belastbarkeit, orthop. Probleme etc.) 2) Diabetes-spezifische Probleme, bzw. Notfälle 3) Blutzuckereinstellung im Alltag und bei besonderen Situationen wie Sport, Schulreise, Lager, Ferien, etc. 4) Detaillierte Analyse der Blutzuckerverläufe 5) Diabetes und Schule/Lehre 6) Psychische Belastung durch Diabetes 7) Notwendigkeit Sozialdienst	30'	1) Kontrolle und Eichen der Blutzuckermessgeräte	20'	Labor Jahreskontrolle ins Laborsystem eintragen Vorbereiten der Blutentnahme	10'
Konsultation Massnahmen	1) Neue Insulinverordnung 2) Neue Anweisungen für spezielle Situationen	10'	1) Ausstellen von Bestätigung für Zoll für Flugreisen	5'		
Konsultation Status	1) ausführliche körperliche Untersuchung inkl. Pubertät und Wachstum 2) Diabetes-zentrierte körperliche Untersuchung (Haut, Stichstellen an den Fingerspitzen, Spritzstellen am Bauch, Beinen, Vibrationssinn, Füsse)	15'-20' *	1) Programmieren der neuen Insulinverordnung in der Insulinpumpe 2) Vorbereiten neues Dauerrezept 3) Ersatz und Abgabe neuer Apparate 4) Beratung bezüglich Sondersituationen	15-20'		

	Arzt	Dauer	Spezialisierte Pflege Diabetesberatung	Dauer	Pflegefachfrau	Dauer
Konsultation Blutentnahme	Blutentnahme durch Arzt	5-15' *	Hilfe bei Blutentnahme (bei kleinen oder sehr ängstlichen Kindern)	5-15' *	Hilfe bei Blutentnahme	5-15' *
Nach Konsultation IN ABWESENHEIT DES PATIENTEN	Visieren aller Laborwerte im System Telefonische Mitteilung der Blutresultate an Eltern Überweisung an Ernährungsberatung oder weitere Spezialisten Diktat Jahresbericht Anträge oder Verlaufsberichte an Krankenkassen Bestätigungen an Lehrerschaft, Lehrmeister, Sporttrainer, Motorfahrzeugkontrolle, Militär	Variabel je nach Notwendigkeit 15-45'	Instruktion von Lehrpersonen, Betreuungspersonen in Kindertagesstätten, Heimen, etc. Telefonisch oder vor Ort	15'-45'		
Zwischen Konsultationen IN ABWESENHEIT DES PATIENTEN	Schriftliche Beratung bzw. Anpassung der Insulinverordnung aufgrund gemalter Blutzuckerdaten (Analyse - neue Verordnung - Dokumentation in KG) Verhindert zusätzliche Konsultationen und damit Absenzen in Schule (Patient) und Arbeit (Eltern)	15-20' 1-2 monatlich				

* altersabhängig variabel, je jünger, desto aufwendiger

2. Psychiatrische Patientinnen und Patienten

2.1 Abklärungen in der Kinderpsychiatrie

Der Standard einer ADHS-Abklärung bei Kindergartenkindern ist wie folgt: Vorabklärungen erfolgen durch die Erziehungsberatung, um eine klare Ausgangslage und damit die „simplenste“ Form der Abklärung zu haben. Sie beinhaltet Testauswertungen, Telefonate mit Lehrpersonen und anderen Personen im Helfernetz sowie zusammenfassende diagnostische Überlegungen. Alleine diese Diagnostik in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten dauert durchschnittlich 295 Minuten während dreier Monaten.

Eine ADHS-Abklärung bei einem unklaren diagnostischen Bild, psychosozialen Belastungen und einer angespannten Schulsituation beinhaltet neben der oben erwähnten testdiagnostischen Abklärungsarbeit zusätzliche Abklärungen, nämlich Beobachtung vor Ort sowie schulische Unterstützung und intensivere Netzwerkarbeit. Die durchschnittliche Dauer beträgt dann 570 Minuten in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten während sechs Monaten.

2.2 Therapie in der Kinderpsychiatrie

Der „Standard“ einer Depressionsbehandlung bei einer oder einem depressiven 16-jährigen Jugendlichen beinhaltet nach einem Klinikaufenthalt Leistungen durch diverse Vernetzungsgespräche mit Lehrpersonen, dem künftigen Lehrbetrieb und der Klinik sowie zusammenfassenden diagnostischen Überlegungen. Die Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten dauern 170 Minuten während dreier Monate.

Eine Depressionsbehandlung bei einer komplexen Ausgangssituation, zum Beispiel ein 16-jähriger Asylsuchender mit depressiver Symptomatik und Hinweisen auf PTSD sowie wiederkehrender Suizidalität als Beispiel: Es werden Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten erbracht durch zahlreiche Telefonate mit der Asylunterkunft sowie Case Managern und Beiständen. Nach zwei Monaten Behandlungsdauer wurden 315 Minuten an Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten aufgewendet.

Eine Anorexiebehandlung bei einem 12-jährigen Patienten mit mittelgradig ausgeprägter Symptomatik und funktionalem Familiensystem beinhaltete in den ersten 18 Wochen 330 Minuten Leistungen in Abwesenheit des Patienten. Die Leistungen erfolgten durch eine enge Vernetzung mit dem somatisch behandelnden Arzt und der Schule.

Eine Anorexiebehandlung bei einer schwerkranken 14-jährigen Patientin nach einer einmonatigen stationären Behandlung dauerte 325 Minuten Leistungen in Abwesenheit der Patientin durch eine enge Vernetzung mit dem somatisch behandelnden Arzt, den Behörden und der Schule.

Der „Standard“ einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Angstbehandlung einer 12-jährigen Patientin mit monosymptomatischer Angststörung und funktionalem Familiensystem dauert 120 Minuten Leistungen in Abwesenheit der Patientin während sechs Monaten.

Eine komplexe Angstbehandlung bei einem 16-jährigen Patienten mit stark chronifizierter Symptomatik (verlässt Haus nicht mehr) sowie komorbider Depression und Zwangsstörung dauert bis zum Klinikeintritt ein Jahr und 1'385 Minuten Leistungen in Abwesenheit des Patienten.

Eine Langzeittherapie einer bei zu Behandlungsbeginn 17-jährigen Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeit, dysfunktionalem familiären Umfeld, diversen Platzierungen und einer Beistandschaft sowie ungeplanter Schwangerschaft mit 18 Jahren dauerte 3,5 Jahre und 2'430 Minuten Leistungen in Abwesenheit der Patientin.

Wie aus den Fallbeispielen ersichtlich, entstehen bei komplexeren Fällen insbesondere durch die Vernetzungsarbeit mit den Helfernetzen immer wieder Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten. Und auch eine fachgerechte, differenzierte Abklärung erfordert zahlreiche Leistungen, welche nicht direkt an der Patientin bzw. am Patienten erbracht werden.

2.3 Interdisziplinarität steigt und soll weiterhin steigen (OECD)

Die OECD weist in ihrem CH-Länderbericht 2014 Psychische Gesundheit und Beschäftigung auf einen Mangel hin in der Kooperation der verschiedenen, gut ausgestatteten Teilsysteme in Bezug auf die Erhaltung des Arbeitsplatzes bzw. auf die Wiedererlangung eines solchen. Die Kritik bezieht sich nicht nur auf die Invalidenversicherung, sondern ebenso auf die einzelnen Psychiater. Obwohl arbeitstätige psychisch erkrankte Menschen nachweislich eine bessere Prognose haben als arbeitslose Patientinnen und Patienten mit derselben Störung, suchen Psychiaterinnen und Psychiater zu selten den Kontakt mit Arbeitgebern. Hingegen haben sie regelmässige Kontakte mit geschützten Einrichtungen, was darauf hinweist, dass die Arbeits- und Beschäftigungssituation vor allem bei Schwerstkranken im Fokus steht. Die OECD empfiehlt der Schweiz eine Reihe von Massnahmen. Dazu gehören auch eine bessere Schulung der Ärzte und das Erarbeiten von beschäftigungsbezogenen Leitlinien. Der Entwurf, die Position für Leistungen in Abwesenheit auf ein minimales Mindestmass zusammenzuzustreichen, unter-

gräbt genau die von der OECD skizzierte Stossrichtung. Für Kontakte mit Arbeitgebern, Versicherern, Bezugspersonen von Kindern und nicht gesprächsfähigen Patienten usw. braucht es vergütete Zeit. Die meisten Kontakte finden telefonisch statt, ohne dass der Patient daneben sitzt (dies liesse sich als Konsultation verrechnen). In der Regel kommt es zu einem ersten und einzigen persönlichen Kontakt zwischen Kontaktpersonen und Ärzten. Das Follow-up, die Feinjustierung usw. geschehen danach per Telefon oder per E-Mail. Diese lassen sich nur als Leistungen in Abwesenheit verrechnen.

In der Sozialpsychiatrie ist der Austausch mit anderen Bezugspersonen und damit in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten der Standard. Das gleiche gilt für Demenzabklärungen (siehe Demenzstrategie des BAG) und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Psychische Erkrankungen werden heute viel umfassender behandelt und der Einbezug des Umfeldes des Patienten - insbesondere in der Kinder-, Jugend- und Alterspsychiatrie - ist essentiell für einen nachhaltigen Behandlungserfolg. Diese Abklärungen und Gespräche mit Drittpersonen und Angehörigen würden mit den vorgesehenen Limitationen massiv eingeschränkt.

2.4 Multimorbide Menschen mit psychischer Erkrankung

Immer mehr Menschen haben zusammen mit den psychischen Leiden auch somatische, zum Beispiel bei Demenz oder bei Methadonsubstitution. Insbesondere bei der Substitutionsbehandlung gibt es eine Vielzahl von Patienten mit umfangreichen somatischen Beschwerden, welche über Jahre behandelt werden. Eine regelmässige Untersuchung dieser Patienten ist mit der vorgesehenen Limitation nicht mehr möglich.

Psychiatrische Fachärztinnen und -ärzte werden sehr oft für Konsilien bei multimorbiden Patienten beigezogen. Eine Abwertung dieser Leistungen könnte sich negativ auf eine gesamtheitliche Behandlung auswirken.

2.5 Moderne Tages- und Nachtstrukturen

In der Psychiatrie spielen die Tages- und Nachtstrukturen eine bedeutende Rolle. Sie erlauben den Patientinnen und Patienten eine möglichst grosse Selbständigkeit und eine patientenorientierte Therapie.

3. Medizin für alte, multimorbide und chronisch kranke Menschen

Vorbemerkung: Die folgenden Beispiele treffen sinngemäss auch auf jüngere chronisch und multimorbid kranke Menschen zu. Sie kommen in Langzeitinstitutionen genauso wie in der Domizilbehandlung und im Ambulatorium vor.

3.1 Interprofessionalität und Leistungen in Abwesenheit als Standard

Für eine gute medizinische Versorgung von Heimpatientinnen und -patienten ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegenden, Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen und Ärzten entscheidend. In besonderem Mass trifft dies für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung zu; über 70 % der Bewohnenden von Pflegeinstitutionen leiden unter einer Demenz. Bei diesen Patientinnen und Patienten müssen zusätzlich die Angehörigen miteinbezogen werden. Viele ambulante ärztliche Leistungen erfolgen darum nicht im Rahmen einer Konsultation mit den Patientinnen oder den Patienten, sondern im Rahmen von interprofessionellen Besprechungen mit dem Behandlungsteam (vgl. Ch. Held, Das demenzgerechte Heim S.87 f). Wichtig ist diese Arbeitsweise auch für die rehabilitativen Aufgaben und Massnahmen, die zunehmend in Pflegeinstitutionen erbracht werden müssen. Die geriatrische Medizin ist generell immer interdisziplinär und interprofessionell (siehe Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten UEMS (angenommen in Kopenhagen am 6. September 2008).

3.2 Längere Behandlungsdauer als bei jungen Erwachsenen

Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und insbesondere von Pflegeheimen sind in der Regel multimorbid, funktionell erheblich eingeschränkt und gesundheitlich in einem labilen Gleichgewicht. Dies bedingt engmaschige medizinische Kontrollen und eine regelmässige ärztliche Überwachung, um auf die teilweise rasch wechselnden gesundheitlichen Probleme eingehen zu können. Wichtig sind dabei nicht apparative Untersuchungen, sondern die klinische Beurteilung aufgrund der Anamnese, ergänzt mit der Fremdanamnese und einer guten körperlichen Untersuchung. Damit und mit einem vorausschauenden Behandlungsplan können viele teure und für die Patientinnen und Patienten unnütze, aber belastende Abklärungen bei Spezialärzten und Hospitalisationen in einem Akutspital oder in einer Klinik vermieden werden. Multimorbide, betagte Menschen benötigen mehr Zeit. Schon eine einfache Beratung ist deutlich zeitaufwändiger als bei jüngeren Erwachsenen und wird nicht nur durch kognitive Einschränkungen, sondern auch durch beeinträchtigte Sinnesorgane und eingeschränkte Beweglichkeit erschwert.

3.3 Sterbephase wird ärztlich ambulant begleitet

Die meisten spitalextern zu Hause oder in Pflegeheimen betreuten Patientinnen und Patienten versterben auch dort und werden in der Sterbephase nicht noch hospitalisiert. Dies ist bezüglich Lebensqualität und Gesamtkosten sinnvoll. Es braucht aber am Lebensende eine intensive interdisziplinäre Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen.

Als Beispiel betreut die Abteilung für Geriatrie und Palliativpflege eines Universitätsspitals ältere, generell polymorbide Patienten mit Hausbesuchen. Angesichts der Komplexität dieser Patienten dauert der erste Besuch in der Regel 2 Stunden, mit einer Nachbearbeitung in Abwesenheit des Patienten nochmals etwa im gleichen zeitlichen Umfang. Die Folgebesuche dauern rund 45 Minuten. Die Häufigkeit der Konsultationen liegt zwischen einmal pro Woche bis einmal pro Monat und die Zeit in Abwesenheit des Patienten bei 1 bis 2 Stunden pro Monat. Für durchschnittlich 11 Stunden Arbeit könnten mit dem revidierten TARMED nur noch 3 Stunden abgerechnet werden.

3.4 Behandlungen zu Hause und in Pflegeinstitutionen vermeiden Hospitalisierungen

Die Limitation auf den Positionen 00.0143 und insbesondere 00.0144 ist für Patientinnen und Patienten zwingend aufzuheben.

Positionen 00.0415 und 00.0425: Wiederholte klinische Untersuchungen, verbunden mit einer Verlaufsbeobachtung über einige Tage, können viele medizinisch instabile Situationen bei Patientinnen und Patienten in Pflegesituationen klären. Sie ermöglichen damit eine adäquate Behandlung ohne Spitaleinweisung oder aufwändige apparative Untersuchungen. Die Rationierung der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit an und mit Patientinnen und Patienten setzt völlig falsche Anreize, weg von einer vernünftigen Menschenmedizin hin zu einer teuren, technisch ausgerichteten 5-Minuten-Medizin. Dies entspricht in keiner Weise den Bedürfnissen von betagten, geriatrischen Patientinnen und Patienten. Die Limitation auf 6-mal pro drei Monate wird dem Bedarf absolut nicht gerecht und verhindert die Abrechnung einer adäquaten medizinischen Betreuung von Patientinnen und Patienten in Heimen zu Lasten der Krankenversicherer. Die Limitation auf den Positionen 00.0415 und 00.0425 ist darum aufzuheben.

Positionen 00.0020 und 00.0070: Konsultationen bei geriatrischen, das heisst multimorbiden, betagten Menschen sind sehr zeitaufwändig. Insbesondere Patientinnen und Patienten in Heimen benötigen zusätzlich Zeit für eine gute Beurteilung der Situation. Die Limitation auf 2-mal pro Sitzung wird dem Bedarf nicht gerecht und verhindert die Abrechnung einer adäquaten medizinischen Betreuung von Patientinnen und Patienten in Heimen zu Lasten der Krankenversicherer. Die Limitation der Position 00.0020 lässt nicht genügend Zeit für eine gute Beurteilung der Situation und ist darum für Patientinnen und Patienten in Alters- und Pflegeheimen aufzuheben.

Position 00.0510: Alte, multimorbide und chronisch kranke Menschen benötigen für alles mehr Zeit. Aufgrund der häufigen Einschränkungen der Sinnesorgane, des Bewegungsapparates und akzentuiert durch allfällige Kognitionsstörungen dauern Beratungen deutlich länger als bei monokausal erkrankten Menschen und müssen oft für die gleiche Problematik wiederholt erfolgen. Die Limitation auf 6-mal pro drei Monate wird dem Bedarf absolut nicht gerecht und verhindert die Abrechnung einer adäquaten medizinischen Betreuung dieser Patientinnen und Patienten zu Lasten der Krankenversicherer. Die Limitation der Position 00.510 ist darum aufzuheben.

4. Notfallpatientinnen und -patienten

Es gibt in diversen Fachgebieten Notfallsituationen in der ambulanten Leistungserbringung, welche die unmittelbare Betreuung durch den Arzt erfordern und die deutlich länger als 20 Minuten in Anspruch nehmen. Beispiele sind allergische Reaktionen, neurologische oder kardiologische Notfallsituationen, Notfallsituationen aus endokrinologischen Tests, psychische Notfallsituationen. Diese Situationen können mit Todesängsten einhergehen, z.B. bei schweren allergischen Reaktionen und müssen vollständig abrechenbar sein. Ansonsten laufen die Patienten Gefahr, durch weniger gut ausgebildetes Personal betreut zu werden. Eine andere Auswirkung könnte sein, dass solche Situationen nicht mehr im ambulanten Setting betreut werden.

Der Kindernotfall wurde unter Punkt 1 besprochen.

Die Spitalnotfälle weisen sich dadurch aus, dass sie umfassende Vorhalteleistungen erbringen. Die interdisziplinäre und interprofessionelle Bereitschaft bieten nur Spitäler und Kliniken. Dieses Angebot ist im heutigen Tarif zu wenig abgedeckt, siehe Beilage Schlussbericht V1.0 extern, Fachteam (FT) „Notfall Spital“ vom 11.3.2016.

5. Komplexe neurologische Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten mit komplexen neurologischen Krankheiten, also mit multifunktionalen Einschränkungen, Sprech- oder Sprachverständnisstörungen, Aphasie, kognitiven Einschränkungen oder komplexen Erkrankungen, wie z.B. Parkinson, benötigen einen hohen Zeitaufwand.

Die Anmerkungen unter 3.4 zur Position 00.0510 gelten ausdrücklich auch für die neurologischen Patientinnen und Patienten.

6. Pneumologiepatientinnen und -patienten

Repetitive Konsultationen erfolgen im Bereich der Lungentransplantation, bei denen anschliessend wöchentliche Konsultationen stattfinden, um die Immunsuppression einzustellen. Dies lässt sich nicht vereinfachen, ohne die Patientinnen und Patienten zu gefährden. Weitere Beispiele sind Patientinnen und Patienten mit schwerem Asthma und Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, die wöchentlich oder zweiwöchentlich ein Medikament intravenös verabreicht bekommen. Auch diese Behandlung lässt sich nicht vereinfachen.

7. Krebspatientinnen und -patienten und solche mit Blutkrankheiten

In der Onkologie und in der Hämatologie sind 20-Minuten-Konsultationen unrealistisch. Erstkonsultationen nehmen mindestens 60 Minuten in Anspruch, Folgetermine meist sicher 30 Minuten. Dies ist unabdingbar, da Patienten mit komplexen Krankheitsbildern behandelt werden und diese auch adäquat betreut und aufgeklärt werden müssen. Insbesondere zu nennen sind hier komplexe Krankheitsbilder wie z.B. Leukämie- oder Stammzelltransplantationspatienten, die neben den Hauptbehandlungen (Spezialpositionen) auch eine umfangreiche Abklärung in Abwesenheit des Patienten benötigen. Die interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeit wird durch die Limitationen stark beschränkt, obwohl der Bundesrat und das BAG in diversen Strategien diese fördern wollen. Beispielhaft seien hier Tumorboards erwähnt, die zum medizinischen Standard gehören. Sie vereinen mehrere Professionen, mehrere medizinische Disziplinen, und dies via Videokonferenz an verschiedenen Orten. In der Regel sind die Patientinnen und Patienten nicht anwesend. Die Anwendung von Leistungen in Abwesenheit in diesen Situa-

tionen haben die Tarifpartner für die bisherige Tarifstruktur ausdrücklich vereinbart. Dies entspricht dem Stand des heutigen Wissens, wird vom Bundesrat in der Strategie Gesundheit2020 gefordert und von BAG und GDK in den verschiedenen nationalen Programmen gefördert.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Argumentarium 2: Stellungnahme zum Entwurf

1. Limitationen gefährden vulnerable Gruppen

Die Einführung von Limitationen gefährdet die gute medizinische Behandlung in der Schweiz, besonders von den oben genannten vulnerablen Gruppen: Kinder, psychisch Kranke, ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten, Patientinnen und Patienten, die von Demenz oder der Chronifizierung ihrer Krankheiten wie Multiple Sklerose betroffen sind, Notfallpatienten, Patientinnen und Patienten mit neurologischen Krankheiten und damit Einschränkungen der Kommunikation, mit potentiell tödlichen Krankheiten wie Krebs sowie mit seltenen Krankheiten. Diese Liste ist exemplarisch und nicht abschliessend. Für diese vulnerablen Patientengruppen braucht es vor allem Zeit. Z.B. müssen Psychiater und Psychotherapeuten den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen in Krisensituationen während der medizinisch notwendigen Dauer professionelle Unterstützung bieten können. Durchschnittswerte für medizinische Leistungen sind aufgrund der offensichtlich grossen Varianz nicht sachgerecht. Die Eltern kranker Kinder müssen ebenfalls fachlich informiert und aufgeklärt werden. Zudem dauert eine Behandlung länger, wenn Ärztinnen und Ärzte Kindern oder nicht gesprächsfähigen Patientinnen und Patienten etwas erklären, als wenn sie es Erwachsenen erklären. Gleiches gilt für demente Patientinnen und Patienten im Vergleich zu nicht dementen. Und bei Patientinnen und Patienten der Palliativmedizin sind die Therapiemöglichkeiten intensiv auszuloten und Optionen vertieft abzuwägen.

1.1 Pädiatrie: Konsultation und Untersuchung: Zeit- statt Handlungsleistungen werden begrüsst, aber Limitationen sind unsachgerecht

Grundsätzlich ist zu begrüssen, dass die Handlungsleistungen in Zeitleistungen und damit sachgerecht abgebildet werden sollen. Die Limitation der Konsultation auf 20 Minuten ist im komplexen Setting der Notfallmedizin und der spezialisierten Kindermedizin jedoch unsachgerecht. Dies würde dazu führen, dass die erbrachten Grundleistungen künftig zu einem grossen Teil ohne Abgeltung erbracht werden müssten. Ausserdem müssten die patientenzentrierten Behandlungspfade mit gleichzeitiger Konsultation verschiedener Spezialisten aus finanziellen Gründen fallen gelassen werden, was für Eltern bedeutet, dass sie das Kinderspital mehrfach pro Tag oder Woche aufsuchen müssten, um die nötigen Untersuchungen und Informationen zu erhalten. Sicherlich ist dies nicht im Sinne einer über Jahre hinweg aufwändig und sorgfältig aufgebauten patientenzentrierten Versorgung. Betroffen wären vor allem Eltern mit chronisch kranken Kindern. Für diese Familien sind aber entlastende Healthcare-Settings dringend notwendig. Volkswirtschaftlich wäre dies zudem unsinnig, sind die meisten Eltern doch berufstätig.

1.2 Rückschritt in der Psychiatrie

Für die Psychiatrie gibt es keine Verbesserungen durch den Entwurf, im Gegenteil: die Limitationen der Leistungen schränken die Behandlungen stark ein, namentlich therapiefördernde Kooperationen und damit die interprofessionelle Kooperation. Der Entwurf stellt das Postulat „ambulant vor stationär“ in Frage, genauso wie die Aufgabenteilung zwischen medizinischer und pflegerischer Behandlung, Stichwort Skill- und Grade-Mix. Ungeklärt bleibt seit dem Wegfall der halbstationären Aufenthalte die tarifliche Abbildung der Tages- und Nachtstrukturen, die in der Psychiatrie einen grossen und bedeutenden Platz einnehmen. Die Löhne der psychiatrischen Ärztinnen und Ärzte sowie der nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind durch den Entwurf nicht mehr gedeckt.

1.3 Alte Menschen

Die Limitationen schränken als dritte vulnerable Gruppe die Behandlungen von älteren Menschen ein, die vermehrt und überdurchschnittlich von Demenz, Multimorbidität, chronischen Krankheiten, Krebserkrankungen, Rheuma und Palliativpflege betroffen sind.

1.4 Limitationen tragen Sprachbarrieren keine Rechnung

Sprach- und Verständigungsbarrieren können entstehen durch Fremdsprachigkeit, Erkrankungen wie Aphasie oder Taubheit, oder durch Schamgefühle. Limitierte Konsultationen gefährden die Behandlung, wenn der Patient in der Anamnese nur verzögert Auskunft gibt und die Diagnose und Therapie nicht vollständig versteht.

1.5 Limitationen verschlechtern Behandlungen, z.B.: bei Krebs

Bei onkologischen Patienten können Verzögerungen zu schlechterem Outcome führen. Dies zeigen zahlreiche Studien:

- Curr Oncol. 2015 Feb;22(1): e20-6. doi: 10.3747/co.22.2052.
- Wallace DM, Bryan RT, Dunn JA, Begum G, Bathers S (2002) Delay and survival in bladder cancer. BJU Int 89:868–878.
- Gore JL, Lai J, Setodji CM, Litwin MS, Saigal CS (2009) Mortality increases when radical cystectomy is delayed more than 12 weeks: results from a surveillance, epidemiology, and end results-medicare analysis. Cancer 115:988–996.
- Kulkarni GS, Urbach DR, Austin PC, Fleshner NE, Laupacis A (2009) Longer wait times increase overall mortality in patients with bladder cancer. J Urol 182:1318–1324.

An einem Endspital, also Universitäts- oder Zentrumsspital, werden Patienten oft zu Zweitmeinungen zugewiesen und sind bereits umfassend voruntersucht worden. Diese Patienten haben komplexe Krankheitsbilder und sind aus dieser Ausgangslage heraus verunsichert. Der zusätzliche Zeitaufwand zur Sichtung der Voruntersuchung, zum sinnvollen Umgang mit der Unsicherheit der Patientinnen und Patienten und die nötigen zusätzlichen Abklärungen will der Entwurf beschneiden und so medizinisch notwendige Leistungen verhindern.

Teilweise sind die Patientinnen und Patienten in existenziell bedrohlichen Situationen, z.B. bei Krebsdiagnosen, und benötigen dadurch mehr Zeit.

Wichtige weitere Faktoren, welche mehr Zeit bei der Konsultation benötigen, sind Fragen der Patienten und Angehörigen, bereits „halb“ vorinformierte Patienten durch Recherchen im Internet, Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden und entsprechend langer Vorgeschichte, aufwändigere Erklärungen für Kinder und Gespräche mit Bezugspersonen von Kindern und nicht gesprächsfähigen Patienten, psychosomatische Erkrankungen, Ängste vor schweren Eingriffen, vor Tod und vor Nebenwirkungen, sowie Aufklärung über Nebenwirkungen und Komplikationen.

Aufgrund der kürzeren Aufklärungszeit würde der Druck auf die Patientinnen und Patienten erhöht, eine Entscheidung hinsichtlich ihrer Therapie rasch und nicht wohlüberlegt zu fällen.

Die interdisziplinäre Besprechung eines Behandlungsfalls durch mehrere, sich gleichzeitig vor Ort befindenden Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von Tumorboards wird nicht mehr abgebildet. Bisher war aufgrund eines Entscheides der PIK (Nr. 08014 vom 11.6.2008) vorgesehen, dass für diese Leistungen die Position 00.0140 angewendet werden kann. Ein Wegfall dieser interdisziplinären Sprechstunden bzw. Beratungen würden zu einer erheblichen Reduktion der Behandlungsqualität führen. Diese multidisziplinären Fallbesprechungen entsprechen in hohem Masse den Anforderungen den KVG Kriterien bezüglich Leistungserbringung: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien). Sie sind ausserdem eine zwingende Vorgabe für eine erfolgreiche Zertifizierung des entsprechenden Zentrums. Diese Vorgabe wurde ausschliesslich aus Qualitätsgründen gemacht. Wir empfehlen dem BAG, sich dazu bei der Schweizerischen Krebsliga zu erkunden)

2. Limitationen entsprechen nicht der Realität

2.1 Limitationen verletzen Aufklärungspflicht

Die Limitation der Position 00.0020 auf max. 2x pro Sitzung beschneidet die Aufklärungspflicht der Ärztinnen und Ärzte. Die Aufklärung muss aber vollständig und korrekt erfolgen. Dies kann bei komplexen Krankheitsbildern nicht auf 20, respektive 17,5 Minuten reduziert werden, da sonst die Aufklärungspflicht verletzt würde.

2.2 Limitationen tragen individuellem Arzt-Patienten-Verhältnis keine Rechnung

Das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen oder Ärzten und Patientinnen oder Patienten aufzubauen, benötigt Zeit! Dieser individuell benötigte Zeitaufwand kann nicht normativ festgelegt oder limitiert werden.

2.3 Limitationen gefährden kostensparende Erstabklärung

„All-in-one“ Behandlung ist die Idee, den Patienten in möglichst einem Besuch vollständig, also auch interdisziplinär abzuklären und über die weitere Therapie aufzuklären. Dies benötigt längere Konsultationszeiten und eine bessere Koordination unter den Disziplinen am Behandlungstag und bringt wirtschaftliche Vorteile, weil die Abklärungen zur Zweckmässigkeit und Verhältnismässigkeit von Behandlungen im Einzelfall zeitnah zur Verfügung stehen. Die Positionen 00.0010ff werden stark in der Grundversorgung eingesetzt. Wird den Grundversorgern die Möglichkeit genommen, sich vertieft mit einem Patienten auseinanderzusetzen, das Vertrauen zum Patienten aufzubauen, ihn in seiner Ganzheit zu erfassen, wird die Attraktivität der Grundversorgung weiter geschmälert. Zudem sinkt die Hemmschwelle, komplexe und dadurch zeitaufwändige Patienten an Spezialisten weiterzuweisen. Der Entwurf steht sämtlichen nationalen Bemühungen entgegen, die Grundversorgung zu stärken. Aufgrund der maximalen Konsultationszeit von 20 Minuten werden Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheiten häufigere Besuche in Kauf nehmen, bis die Diagnosen und die Fragen der Patienten und Angehörigen geklärt und allfällige teure diagnostische Massnahmen unnötigerweise in die Wege geleitet sind.

2.4 Limitationen führen zu vernachlässigter Dokumentation

Die zeitliche Limitierung führt dazu, dass der Druck für den Verfasser von Dokumentation steigt. Die Akteneinträge der Konsultation sind gemäss medizinischer Interpretation der Position 00.0010 über die- selbige, also über die Konsultationszeit abzurechnen. Mängel in der Dokumentation haben nachweislich einen negativen Einfluss auf die Behandlungsqualität und können zu mehr Behandlungen wegen mangelnder Kommunikation führen.

2.5 Malus statt Bonus

Der Entwurf geht davon aus, dass es sich bei Abwesenheit der Limitationen im Fall von elektronischer Abrechnung um einen Bonus handelt, der schwer kontrollierbar gewesen sei und heute nicht mehr notwendig ist. Diese Annahme ist falsch. Bei der Regel handelte es sich um einen Malus für jene, die noch in Papier abgerechnet hatten. Es ging darum, diese Leistungserbringer schlechter zu stellen, ihre Abrechnungsmöglichkeiten zu beschränken und damit einen Anreiz zu setzen, dass möglichst rasch nach der Einführung von TARMED auf die elektronische Rechnungsstellung umgestellt wird und damit die Versicherer erleichtert systematische elektronische Kontrollen vornehmen konnten. Eine medizinische Sachgerechtigkeit dieser Limitationen war zu keiner Zeit gegeben.

Fazit

Limitationen unbesehen der genauen Leistungen sind nicht sachgerecht.

Keine einzige Limitation ist betriebswirtschaftlich bemessen.

Limitationen widersprechen damit den Anforderungen des Gesetzes an Tarifstrukturen.

3. Leistungen in Abwesenheit

3.1 Keine unproduktive Leistungsverrechnung

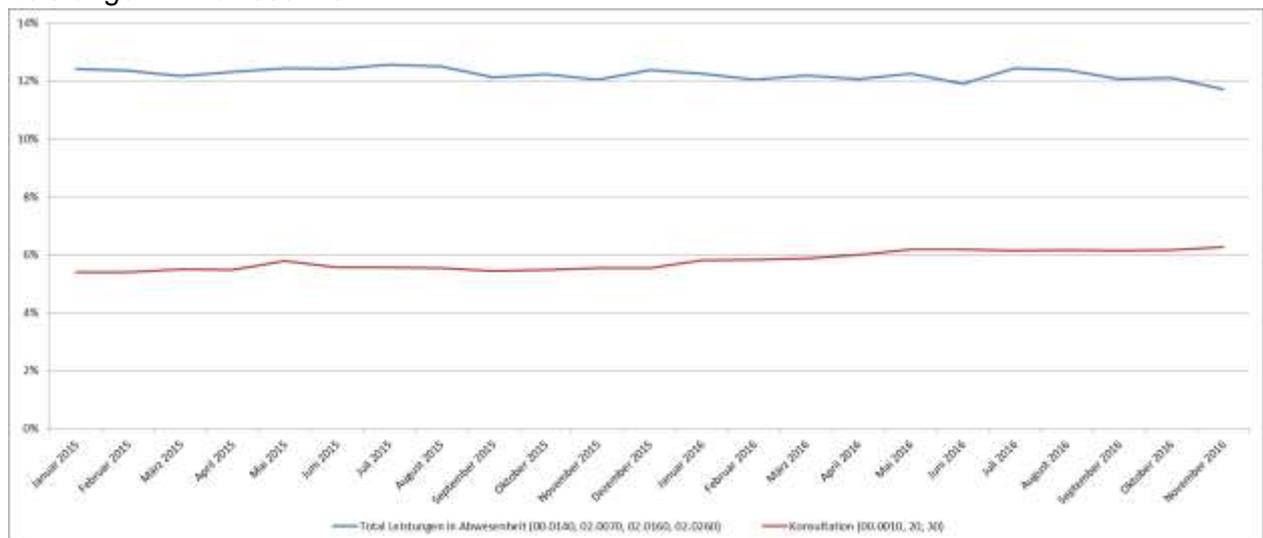
Die Annahme des bundesrätlichen Entwurfes, dass mit der Leistung in Abwesenheit nicht produktive Zeit abgerechnet würde, ist falsch. Es handelt sich bei den Leistungen in Abwesenheit um Leistungen, die einem Patienten oder einer Patientin genau zugeordnet werden können, weshalb sie ja in der Tarifstruktur überhaupt erscheinen. Würden sie fälschlicherweise vollumfänglich in den übrigen Positionen als unproduktive Zeiten erfasst, dürften sie sachgerechterweise nicht mehr als eigene Positionen erscheinen. Kommt dazu, dass der Entwurf für die neue Tarifstruktur die unproduktiven Zeiten weiter senkt.

H+ stimmt dem Entwurf insofern zu, als dass dieselbe Leistung nicht mehrmals verrechnet werden darf, zum Beispiel als separate Tarifposition und als Teil einer geminderten Produktivität. Den Spitälern und Kliniken implizit zu unterstellen, dies systematisch zu tun, bleibt ohne Beweis und ist rufschädigend. Falls es in Einzelfällen trotzdem zu solchen Doppelverrechnungen kommen sollte, ist es Aufgabe der sozialen Krankenversicherung, dies zu ahnden und eine korrigierte Rechnung zu verlangen. Es kann aber nicht sein, dass eine medizinisch nicht sinnvolle und nicht sachgerechte Regeländerung eingeführt wird, wenn die Versicherer ihren Aufgaben nicht nachkommen.

3.2 Keine starke Mengenzunahme

Die vier Positionen 00.0140, 02.0070, 02.0160 und 02.0260 zeigen keine starke Mengenzunahme (siehe Beilage). Das Mengenwachstum ist erklärbar. Erstens haben alle Leistungen zugenommen. Tumorboards sind in der Onkologie Standard, die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit eine medizinische Notwendigkeit und für Zertifizierungen und kantonale Zulassungen erforderlich. Beispiele für andere Patientengruppen siehe oben. Zu hoffen, dass mit einer Limitation diese Leistungen abnehmen, ist zynisch. Zweitens sind die Spitäler und Kliniken den Forderungen nach mehr Kostenwahrheit und Transparenz nachgekommen und erheben ihre Leistungen genauer. Dies als Folge von systematischen Leistungsaudits und Anwenderschulungen. Der Effekt ist, dass bisher nicht fakturierte Leistungen dokumentiert und korrekt verrechnet werden. Die bessere Leistungserhebung und -erfassung hat mit der Einführung der der neuen Spitalfinanzierung (u.a. Benchmarking und SwissDRG) noch zugenommen. Drittens stellen Versicherer Nachfragen, führen mehr Abklärungen durch und verlangen mehr Berichte. Sich dann darüber zu beschweren, dass die Spitäler und Kliniken dies tun und dies in der Folge sachgerecht bezahlt werden muss, ist absurd.

Leistungen in Abwesenheit



Quelle: H+ Tarifpool

3.3 Spezialisierte Medizin

An spezialisierten Kliniken werden Patientinnen und Patienten mit langer Vorgeschichte zugewiesen. Diese Patientinnen und Patienten wollen und müssen seriös und wertschätzend betreut werden. Dazu gehört eine eingehende Vorbereitung durch die Ärztin oder den Arzt. Das Aktenstudium ist bei multimorbiden Patienten nicht nur aufgrund des Umfangs aufwändig, sondern auch, weil Doppel- und Mehrfachbehandlungen vermieden werden müssen, weil die zuweisenden Grundversorger eine Zusammenfassung aller Vorbefunde und Untersuchungen inklusive Würdigung aller Therapieoptionen erwarten, weil Rücksprachen mit anderen Disziplinen und vorbehandelnden Ärzten notwendig sind und weil Guidelines und Originalliteratur beachtet und studiert werden müssen. Aber auch nach der Erstkonsultation in der spezialisierten Sprechstunde und einer gesicherten Diagnose ist der Aufwand in Abwesenheit des Patienten in folgenden Situationen umfassend: Patienten mit seltenen Krankheiten, wenn eine Behandlungsplanung erstellt werden muss, wenn eine Abklärung der Vergütung von Off-Label-Medikamenten zum Beispiel in der Onkologie erfolgen muss, wenn Tumorboards zu einer qualitativ hochstehenden, raschen und zielgerichteten Behandlung führen. Eine zweite Vorstellung der Patienten innert 3 Monaten ist häufig. Studien belegen zudem, dass Patientinnen und Patienten, welche nicht durch ein Tumorboard betreut wurden, eine tiefere Lebenserwartung haben.

Die Limitation der ärztlichen Leistung in Abwesenheit würde für die spezialisierte Medizin in den Kinderspitälern zu hohen nicht mehr erfassbaren Leistungszeiten führen, da eine seriöse Vorarbeit z.B. bei seltenen Krankheiten mindestens 60 bis 120 Minuten dauert. Nur nach gründlichen Vorabklärungen können die Eltern der Patientinnen und Patienten korrekt aufgeklärt und beraten werden.

Die Koordination der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Langzeitpflege zwischen der Pflege und den medizinischen Therapien führt zu regelässiger Überschreitung der Position 00.0140. Visiten finden oft ohne Anwesenheit der Ärztinnen und Ärzte statt, wenn Pflegefachpersonen elektronische Anfragen machen können (elektronische Dokumentation). Die interdisziplinäre Behandlungsplanung muss bei dementen Menschen oftmals in Abwesenheit erarbeitet werden.

Zudem sind die Präzisierungen unklar, ob mit Dritten auch weiteres medizinisches Fachpersonal gemeint ist. Unklar ist zudem das Wort Erkundigungen. Zum Schutz der vulnerablen Gruppen, der Sachgerechtigkeit und der betriebswirtschaftlichen Bemessung dürfen die Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten nicht limitiert werden.

Fazit

Limitationen für Leistungen in Abwesenheit und unbesehen der genauen Leistungen sind nicht sachgerecht. Keine Limitation für Leistungen in Abwesenheit ist betriebswirtschaftlich bemessen.

Limitationen in Abwesenheit widersprechen damit den Anforderungen des Gesetzes an Tarifstrukturen.

Die Beispiele zeigen auf, dass die Massnahme Limitationen von bestimmten Leistungen und Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten an der heute praktizierten Medizin und am Alltag der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen vorbei gehen, respektive bei einer dem Nichtzahlungsanreiz entsprechenden Umsetzung zu einem Rückschritt in der Medizin und einer massiven Verschlechterung der Medizin führen würden. Deswegen können die Limitationen auch nicht verbessert werden, da die Auswirkungen patientenabhängig sind und nicht abhängig von Tarifpositionen oder Tarifkapiteln. Die einzige mögliche Korrektur liegt in ihrer Nichtaufnahme respektive Streichung aus der Verordnung und der ambulant ärztlichen Tarifstruktur.

4. Fehlende Leistungen des nicht-ärztlichen Personals

Die von H+ eingereichte Tarifstruktur sieht Verbesserungen bei Leistungen des nicht-ärztlichen Personals vor, zum Beispiel bei der Wegentschädigung für nicht-ärztliches Personal, Krisenintervention und Testabklärungen durch Pflegepersonal, Wegfall von Limitationen. Auch diese Leistungen sind im bundesrätlichen Entwurf unberücksichtigt.

Gewisse psychiatrische Leistungen sind nicht aufgenommen, beispielsweise die unabdingbaren Tages- und Nachtstrukturen, Kriseninterventionen und Testabklärungen für Psychologen, Zuschlagspositionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Unberücksichtigt bleibt auch ein parlamentarischer Vorstoss, der die Lücken in der psychiatrischen Grundversorgung durch intermediäre Angebote schliessen wollte.

Viele nicht-ärztliche Leistungen werden heute von spezialisiertem Personal erbracht und sind in der heutigen Tarifstruktur als ärztliche Leistungen tarifiert. Die nicht-ärztlichen Leistungen sollten neu und korrekt als solche tarifiert sein.

Fazit

Der Entwurf wertet nur einseitig ab, ohne nicht-tarifierte Leistungen endlich aufzunehmen und damit sämtliche OKP-Leistungen sachlich korrekt abzubilden.

5. Präzisierung der Notfallzuschläge

Sinnvoller als die Präzisierung der Inkonvenienzpauschalen ist, die Vorhalteleistungen der Spitäler und Kliniken für Notfallabteilungen auf deren tatsächliche Kosten anzuheben. Notfälle sind in den Spitälern und Kliniken gleich vergütet wie planbare Behandlungen, aber um ein Vielfaches teurer. Die Mehrkosten sollten auf einen Durchschnittspatienten auf der Notfallstation umgerechnet werden und in einer separaten Position verrechenbar sein. Die Vorhalteleistungen der Spitäler und Kliniken sind heute nur rudimentär abgedeckt. Die Spitäler und Kliniken haben längere Öffnungszeiten mit konstanter höherer Personaldotation als die Arztpraxen. Ausserdem beinhalten die Vorhalteleistungen nicht planbare infrastrukturelle Ressourcen (Räumlichkeiten, Apparaturen, etc.). Die Umlage aller ungedeckten Kosten auf alle Notfallpatientinnen und -patienten ist gerechtfertigt, da sie diese Leistung aus medizinischer Dringlichkeit in Anspruch nehmen. Die Patienten, die den Spitalnotfall aufsuchen, werden zudem durch den Selbstbehalt an den Kosten beteiligt.

H+ legt die Berechnungsgrundlagen bei (Schlussbericht V1.0 extern, Fachteam (FT) „Notfall Spital“, 11.3.2016).

Fazit

Die Anpassung der Notfallmedizin in Spitälern und Kliniken fehlt.

6. Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

H+ unterstützt die Harmonisierung des Dignitätsfaktors. Die bisherige Unterscheidung der ärztlichen Weiterbildungen ist kein Grund für eine Differenzierung der hinterlegten Löhne in der Systematik TARMED 1.08_BR. Dies, weil erstens die Ausbildung für die auszubildenden Ärzte gratis ist und weil zweitens in der Weiterbildungszeit zur spezialärztlichen Tätigkeit faire und marktgerechte Löhne gezahlt werden. Diese Löhne liegen von Anfang an über dem durchschnittlichen schweizerischen Haushaltseinkommen. Eine spätere zusätzliche Lohnkompensation ist deshalb sachlich kaum gerechtfertigt.

Der Faktor 0.968 ist nicht betriebswirtschaftlich berechnet, sondern sozialpolitisch motiviert und deswegen widerrechtlich. Es handelt sich um eine Senkung des Referenzeinkommens, obwohl dieses im Vergleich zur Kalkulationsbasis in den letzten bald 25 Jahren analog aller Branchen um ca. 20% gestiegen ist. Entgegen dem Entwurf braucht es keinen Betrag tiefer als 1, da dies nur eine zusätzliche Senkung des ärztlichen Einkommens bedeutet. Die Ärztelöhne sollen über die Aktualisierung der Tarifstruktur betriebswirtschaftlich korrekt hinterlegt werden (siehe unten).

Für die Spitäler und Kliniken ist ein sachgerechter Durchschnittswert vorhanden und dem BAG mit der Eingabe der H+ Tarifstruktur transparent gemacht worden.

Fazit

Die Dignitätsfaktoren sind nicht sachgerecht und nicht betriebswirtschaftlich bemessen. Sie widersprechen damit den Anforderungen des Gesetzes an Tarifstrukturen. Sie sind anzupassen. Mit der eingereichten Tarifstruktur vom 3. November 2016 liegen dem Bundesrat und dem BAG die notwendigen Daten zur Berechnung vor.

7. Aktualisierung sämtlicher Personalkosten inklusive jener der Ärzteschaft

Die Löhne in TARMED beruhen auf Berechnungen der 1990er Jahre. Seither sind sämtliche Löhne gestiegen, trotz negativer Inflation in den letzten Jahren. Die Spitäler und Kliniken haben vor allem die Löhne der Pflege substantiell anheben müssen. Dies muss in der Tarifstrukturangepassung wiedergegeben werden.

Die Normlöhne decken heute die effektiven ärztlichen und nicht-ärztlichen Personalkosten bei weitem nicht mehr. Da es sich um eine gesamtschweizerische Lösung handelt, sind die von H+ ermittelten Durchschnittswerte anzuwenden. Der Durchschnitt liegt für die Arztlöhne bei CHF 240'000 bis 250'000 und nicht wie der Entwurf vorschlägt bei CHF 200'000. Der ärztliche Durchschnittslohn ergibt sich aus allen Löhnen, also sowohl den tieferen Assistenzarztlöhnen als auch den höheren Löhnen der Kaderärztinnen und -ärzte.

Fazit

Sämtliche Löhne sind dem aktuellen und effektiven Lohnniveau anzupassen. Mit der Lohndatenerhebung von H+ (Beilage der Eingabe vom 3. November 2016) liegen dem Bundesrat und dem BAG die Lohndaten des Spital- und Klinikpersonals und die notwendigen Grundlagen zur Berechnung vor. H+ unterstützt das BAG gerne bei der Überführung der alten Funktionen gemäss TARMED 1.08_BR in die aktuellen Funktionen gemäss Lohndatenerhebung H+.

8. Anpassung der Produktivität

Die Erhöhung der Produktivität ist nicht nachvollziehbar.

Die folgenden ärztlichen Leistungen führen zu tieferer Produktivität:

- Test von Geräten und deren Funktionsfähigkeit
- OP- Koordination und -Planung, inklusive Besprechung OP-Plan und -Tagesablauf, Besonderheiten, Integration von Notfällen
- Beschaffungsprozess von neuen Geräten, Instrumenten und Materialien und die dafür notwendige Investitionsplanung
- Organisation der Leihinstrumente und patientenspezifische Implantate
- Patientenlagerung
- Teilnahme an patientenspezifischen Besprechungen
- Mitarbeit an Projekten und Prozessanpassungen der Klinik
- Einführung und Schulung von neuem Personal
- Teilnahme an Weiterbildungen

Folgende nicht-ärztlichen Leistungen führen zu tieferer Produktivität

- OP- Koordination und -Planung, inklusive Besprechung OP-Plan und -Tagesablauf, Besonderheiten, Integration von Notfällen
- Aufgaben als Leitstelle, zum Beispiel Patientenorganisation und -transport
- Koordination der Wartungsarbeiten und Reparaturen
- Materialversorgung, inklusive Auffüllen des Einwegmaterials und Zusammenarbeit ZSVA
- Beschaffungsprozess von neuen Geräten, Instrumenten und Materialien und die dafür notwendige Investitionsplanung
- Organisation der Leihinstrumente und patientenspezifische Implantate
- Patientenlagerung, inklusive Lagerungspflege, IFA, OP Pflege
- Kontrolle und Erstellung von Hygienemassnahmen und Pflegestandards
- Ansprechperson für sonstigen Anfragen
- Teilnahme an patientenspezifischen Besprechungen
- Mitarbeit an verschiedenen Projekten und Prozessanpassungen der Klinik
- Einführung und Schulung von neuem Personal
- Teilnahme an Weiterbildungen

Beispielsweise ist eine durchschnittliche ambulante Operation bei Kindern kurz, der zeitliche Aufwand für das Vorbereiten, Waschen, Anziehen, Lagern, Timeout und Instruieren am Ende der Operation verdoppelt die Präsenzzeit des Arztes im OP aber mindestens. Bei sehr kurzen Operationen ist diese Zeit gar dreimal so lang wie die tarifierte Schnitt-Naht-Zeit. Die nun angepasste Produktivität von bisher 45% und 55% bestraft u.a. die Kindermedizin respektive die Kinderchirurgie.

Fazit

Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Produktivitäten sind nicht sachgerecht und beruhen auch nicht auf betriebswirtschaftlichen Bemessungen. Sie widersprechen damit den Auflagen des Gesetzes an die Tarifstrukturen. Die Produktivitäten müssen neu berechnet werden. Dem Bundesrat und dem BAG liegen mit der H+ Eingabe vom 3.11.2016 neu bewertete Produktivitätsfaktoren und Daten zur Berechnung der Produktivität vor.

9. Anpassung der nicht-ärztlichen Personal- und der Gerätekosten

Die sogenannten technischen Leistungen sollten umbenannt werden, da sie nicht-ärztliche menschliche Leistungen und Sachleistungen beinhalten. Die Kürzungen der sogenannten TL zeugen deshalb auch von einer Geringschätzung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Die Leistungen des nicht-ärztlichen Personals müssen offensichtlicher in der Tarifstruktur abgebildet werden, wie dies die nationalen Programme für Palliativ Care, Demenz etc. fordern.

Die Annahme des Entwurfes, dass Gerätepreise nur sinken ist falsch. Der Entwurf bemängelt zu Recht, dass die Gerätepreise nicht aktualisiert sind. Die 10%-Kürzung ist aber nicht betriebswirtschaftlich bemessen und damit widerrechtlich. Der Entwurf will die Taxpunkte reduzieren, um im Verhältnis die ärztlichen Leistungen aufzuwerten. Auch das ist nicht sachgerecht und damit widerrechtlich. Die Gewichtung der Taxpunkte für sogenannte technische Leistungen soll der Gewichtung der effektiven Kosten entsprechen. Soll die Zeit für Gespräche der Ärztinnen und Ärzte mit Patientinnen und Patienten erhöht werden, dann sind diese zu fördern und nicht durch Limitationen abzuwürgen.

Viele Apparate haben bei der Einführung des TARMED noch gar nicht bestanden (Kombinationsgeräte zur bildgebend überwachten Bestrahlung, Da Vinci) oder waren nicht Standard (Transportisolette). Zwar haben die Kosten für Geräte mit gleicher Leistung tatsächlich abgenommen, aber durch die technische Innovation und speziell die Neuerungen in der Informatik (kostenpflichtige Updates) sind die Preise oft gestiegen. Geräte mit der vergleichbaren Technologie sind den letzten Jahren dank dem Markteintritt verschiedener Lieferanten preislich günstiger geworden. Auch die Aufgabe des Referenzkurses zum Euro hat eine Preissenkung für Produkte gebracht, die in Europa produziert werden, die aber zum Teil wieder kompensiert wurden.

Technische Apparate leisten heute mehr als bei der Erarbeitung des TARMED in den 1990er Jahren, also vor 20 bis 25 Jahren. Heute sind die Mehrheit der technischen Mess- und Bildgebungsapparate informatisiert und an Datenbanken angeschlossen (elektronische Archivierung), die ebenfalls bei der Erarbeitung des TARMED nicht oder nicht in diesem Umfang bestanden hatten. Der technologische Fortschritt führt zu einem kürzeren Lebenszyklus der Geräte. Ausserdem nimmt das Zusatzmaterial zu, das aus hygienischen Gründen oft Einwegmaterial ist. Da aber alle Grossinvestitionen in den Bereichen Radiologie, Herz- Katheter- Labor, integrierte OP und Hybrid-OP aber auch Herz-Lungen-Maschinen, Anästhesiegeräte, Ultraschallgeräte, Monitoring technologisch viel bessere medizinische Resultate zeigen und viel komplexer wurden, sind die heutigen Anlagen in der Anschaffung und im Betrieb teurer. Die Komplexität der Anlagen bedingt zudem heute zusätzliches Personal mit Spezialwissen und Zusatzausbildung.

Zudem bringt die systemtechnische Integration in die umliegenden IT Systeme neue kostenintensive Anforderungen, die im Jahr 2004 so noch nicht bestanden und nicht vorhergesehen werden konnten. Die aufwändige Auswertung der anfallenden Daten von medizinischen Befunden, Bildern und Daten verteuert die Systemlandschaft zusätzlich. Die Wartungsintensität nimmt zu, regelmässige Software- und Hardware-Updates oder Upgrades sind nötig und der Lebenszyklus nimmt ab.

Mit der für die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen obligatorischen Einführung des elektronischen Patientendossiers ePD kommt ein erneuter Informatisierungsschub.

H+ hat im Rahmen der Arbeiten mit der tripartiten Organisation Erhebungen durchgeführt und einen nationalen Wert pro Gerät ermittelt. Die Abschreibungsdauern sind in den Branchenregeln von REKOLE[®] festgelegt. Das Bundesverwaltungsgericht hat REKOLE[®] als korrekte Rechnungslegungsregeln anerkannt.

Fazit

Die nicht-ärztlichen Personalkosten müssen besser in die Tarifstruktur eingerechnet und betriebswirtschaftlich bemessen werden.

Dass die Gerätekosten nur sinken, ist nicht sachgerecht und betriebswirtschaftlich nicht bemessen. Die Gerätekosten müssen neu erfasst werden.

10. Streichen der Minutagen bei CT und MRI

Der Entwurf verkennt den Umfang der Tätigkeiten der Radiologen. Fachärzte für Radiologie nehmen neben der Befundung zahlreiche weitere ärztliche Aufgaben und Pflichten wahr. Die Arbeit und die Verantwortung der Radiologinnen und Radiologen gehen weit über die Befundung hinaus. Die ärztlichen Leistungen wurden bisher über die Befundung und die Leistung im engeren Sinne (LieS) abgegolten.

Speziell bei Notfallzuweisungen, komplexen Fragestellungen bei bestimmten Patienten, intraoperativen Bildgebungen und bildgesteuerten Interventionen wie Biopsie und Ventrikeldrainagen ist die Anwesenheit des (Neuro-)Radiologen zur Gewährleistung der Patientensicherheit, der interdisziplinären Abstimmung der weiteren Behandlungsschritte und somit der effizienten und effektiven Durchführung der CT- und MR-Leistungen erforderlich. Eine ersatzlose Streichung der Leistung im engeren Sinne ist somit nicht sachgerecht.

Die ärztliche Tätigkeit der Radiologie setzt sich aus folgenden Arbeitsschritten zusammen:

- Planung der Untersuchung.
- Aktenstudium und Überprüfung der Indikation auf der Anmeldung.
- Rückfrage beim Zuweiser bei Unklarheiten.
- Vergleich mit Voruntersuchungen, damit die Untersuchung gezielt geplant werden kann.
- Festsetzen des Untersuchungsprozedere und der Vorbereitung der Patienten.
- Vorbereitung der Untersuchung in Gegenwart des Patienten.
- Überprüfung der Indikation unmittelbar vor der geplanten Untersuchung.

- Patientenaufklärung vor der Untersuchung.
- Aufklärung der Patienten vor Interventionen.
- Strahlenschutz: Risikoabklärung und Einleiten der Gegenmassnahmen, zum Beispiel bei Nieren- und Schilddrüsenfunktion sowie Schwangerschaft.
- Festlegung der Untersuchung entsprechend individueller Bedürfnisse.
- Überprüfung der Indikation unmittelbar vor der Untersuchung.

Leistungen während der Untersuchung sind:

- Beurteilung der ersten Bildakquisitionen und Anpassung des Untersuchungsprotokolls.
- Anwesenheit bei Kontrastmittelapplikation, damit bei Allergien zeitgerecht eingegriffen werden kann.
- Abnahme der Untersuchung, wenn die Fragestellung des Zuweisers ausreichend abgeklärt ist. Ansonsten müssen zusätzliche Serien/Sequenzen veranlasst werden.
- Schnellbeurteilung und Entscheid über das weitere Vorgehen, beispielsweise eine Überweisung auf die Notfallstation.
- Bei Bedarf Rücksprache mit dem zuweisenden Arzt.
- Rücksprache mit dem Patienten zur Präzisierung des Befundes bei Unklarheiten.
- Information und Verabschiedung des Patienten.
- Aufarbeitung der Bilddaten und Festlegung, welche Bilddaten in das PACS aufgenommen werden müssen.

Arbeiten nach Ende der Untersuchung sind:

- Beurteilung der Bilder mit entsprechenden Messungen.
- Befunddiktat.
- Allfällige Rücksprache zur Besprechung des Befundes mit dem Zuweiser.
- Kontrolle und Visum des Befundes.

Weitere Arbeitsprozesse ohne direkten Patientenkontakt sind:

- Umsetzung der Clinical Audits, gemäss Strahlenschutzverordnung gültig ab 1.1.2018.
- Überprüfung der Dosimetrie.
- Bearbeitung auffälliger Dosimetrie-Befunde.
- Rücksprache mit dem Medizinphysiker zur Verbesserung der Protokolle und des Strahlenschutzes.
- Organisation der verschiedenen, allgemeinen Patientenprozesse.
- Erstellung der allgemeinen Untersuchungsprotokolle.

Führungsaufgaben sind:

- Qualitätskontrolle.
- Strategieentwicklung und Zukunftsplanung des Röntgeninstitutes .
- Evaluation neuer Geräte.
- Personalmanagement.
- Mitarbeit in Interdisziplinären Arbeitsgruppen und Kolloquien.

Weil alle diese Arbeiten nötig sind, können die Minutagen der LieS nicht einfach gestrichen werden, sondern müssen, falls sie tatsächlich anfallen, durch allgemeine ärztliche Leistungen ergänzt werden können (Kapitel 00), wenn diese angefallen sind.

Fazit

Die Streichungen der Minutagen der LieS sind nicht sachgerecht und nicht betriebswirtschaftlich bemessen. Sie widersprechen damit den Anforderungen des Gesetzes an Tarifstrukturen. Die Minutagen von CT und MRI sind neu zu bemessen oder die Leistungen sind gemäss H+ Vorschlag in die Tarifstruktur aufzunehmen. Die Datengrundlagen liegen mit der am 3. November 2016 gegebenen Tarifstruktur vor.

11. Senkung von Minutagen bei ausgewählte Tarifpositionen

Der Entwurf sieht die Anpassung von diversen Minutagen vor. Mit der Eingabe von H+ vom 3.11.2016 liegen dem Bundesrat und dem BAG die notwendigen Berechnungen vor. Stossend ist, dass sich das BAG nicht auf Angaben der Leistungserbringer, sondern der Versicherer stützt. Es ist nicht einsichtig, warum sich das BAG einseitig auf einen Akteur bezieht, der selber diese Leistungen gar nicht erbringt und über keine detaillierten Kostendaten dazu verfügt. Zudem sollten Tarifierpassungen nicht auf Hörensagen beruhen, sondern nachvollziehbar berechnet oder von Fachpersonen bezeugt werden. „Gemäss Versicherer“, Vermutungen und Gefühle entsprechen keiner betriebswirtschaftlichen Berechnung und sind damit widerrechtlich.

Die Minutagen sind laut BAG auf die Durchschnittswerte gesenkt, welche zur Erbringung dieser Leistungen nötig sind. Dies trifft nur auf optimale Situationen unter „Laborbedingungen“ zu. Die Dauer der Leistungserbringung liegt deshalb durchschnittlich höher. Beispielsweise benötigt die stereotaktische Radiochirurgie vor der ersten Fraktion 32.0610 eine aufwändige Vorbereitung, welche durch die Reduktion der LieS nicht mehr abgegolten wird. Weiter sind die komplexen Interventionen in der Gastroskopie, wie Endosonographie mit Feinnadelpunktion oder ERCP mit Dilation, bereits heute nicht sachgerecht abgebildet, weil die nichtärztliche Vorbereitung und notwendige Fachexpertise fehlen. Bei einer sachgerechten Anpassung der Tarifstruktur müssten diese Interventionen aufgewertet bzw. adäquat abgebildet werden.

Fazit

Die Senkungen der Minutagen bei ausgewählten Positionen sind nicht sachgerecht und nicht betriebswirtschaftlich bemessen. Sie widersprechen damit den Anforderungen des Gesetzes an Tarifstrukturen. Die Minutagen der ausgewählten Positionen sind neu zu bemessen. Die Datengrundlagen liegen mit der am 3. November 2016 gegebenen Tarifstruktur vor.

12. Umwandlung der Handlungsleistungen in Zeitleistungen

Die Stossrichtung der Umwandlung der Handlungsleistungen in Zeitleistungen ist korrekt, aber die Kombination mit den Limitationen widerspricht der Sachgerechtigkeit, weil diese Limitationen medizinisch nicht verallgemeinert werden können.

Fazit

Entweder ist auf die Umwandlung der Handlungs- in Zeitleistungen zu verzichten oder die Leistungen sind gemäss H+ Vorschlag in die Tarifstruktur aufzunehmen. Die Datengrundlagen liegen mit der am 3. November 2016 gegebenen Tarifstruktur vor.

13. Positionen 00.0715 und 00.0716 Keine Regeländerung für Punktion und Blutentnahme nicht-ärztliches Personal

H+ schätzt, dass die Regeländerung ergebnisneutral ausfallen wird. Es stellt sich deshalb die Frage, weshalb diese Änderung stattfinden sollte, da nur unnötiger Umstellungsaufwand entsteht. Stossend ist, dass mit diesem Eingriff das Volumen der Analysenliste, welche in der Verantwortung vom EDI ist, zulasten des Volumens TARMED, welcher in der Verantwortung der Tarifpartner ist bzw. war, verschoben wird.

Fazit

Auf die Regeländerung bei Punktion und Blutentnahme durch nicht-ärztliches Personal ist zu verzichten.

14. Position 00.0610 Instruktion von Selbstmessung und Selbstbehandlung belassen

Der Entwurf verkennt, dass hier vulnerable Gruppen betroffen sind: ältere, fremdsprachige, oder kognitiv eingeschränkte Patientinnen und Patienten, solche mit psychischen Begleiterkrankung und zusätzlich Angehörigen von Kindern und nicht gesprächsfähigen Patientinnen und Patienten. Es geht um komplexe Verrichtungen, die mehrfach instruiert werden müssen. Das Ziel ist die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten, um unnötigen Konsultationen zu vermeiden (Tertiärprävention). Eine Limitation kann langfristig zu Mehrausgaben und Qualitätsminderung führen.

Der Erfolg der Selbstmessungen und Selbstbehandlungen ist ganz elementar davon abhängig, wie gut ein Patient seine Diagnose und Situation versteht. Die Instruktion ist folglich wichtig für die Therapieadhärenz und Wirksamkeit. Unter wie viel Zeitaufwand die Instruktion erfolgen kann, ist wiederum abhängig von der Aufnahmefähigkeit des Patienten. Beispielsweise wurde für die Inhalation in der Pneumologie mehrfach nachgewiesen, dass Therapieeffekte bei COPD und Asthma infolge falsch durchgeführter Inhalationstechnik limitiert sind. Man geht davon aus, dass mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten nicht korrekt inhalieren und damit die Medikamente ihre Wirkung nicht entfalten können. Die Umsetzung einer korrekten Inhalationstechnik ist daher für das Therapieansprechen zentral und kann nachgewiesenermassen Notfallbesuche und Hospitalisationen vermeiden.

Fazit

Auf die Umtarifierung ist zu verzichten.

15. Löschen des 10%-Zuschlags auf Material ist falsch

Der Entwurf nimmt an, dass der Logistikaufwand bereits im SUK-Satz inkludiert ist. Dies ist für die Tarifstruktur 1.08_BR nicht der Fall, im Gegensatz zur teilweisen Inkludierung in der von H+ eingereichten Tarifstruktur vom 3.11.2016. Was die inhaltliche Abgeltung des Zuschlags angeht, stimmt die Aufzählung des BAG. Hingegen findet keine Doppelverrechnung via SUK-Satz statt, da beim Modell diese Kosten nicht eingerechnet worden sind. Was der Bericht nicht schreibt ist, dass Produkte mit Ablaufdatum, zum Beispiel steriles Verbandsmaterial, nicht mehr verwendet werden können. Im Weiteren gab es nicht nur das Modell INFRA der Spitäler, sondern auch das Modell KOREG der Ärzteschaft.

Die Annahme, dass der Zuschlag für den Gebrauch eines Materials ausschlaggebend sei (je mehr Zuschlag, desto mehr Verbrauch), ist ebenfalls falsch.

Zwar ist es korrekt, dass der Logistikaufwand nicht direkt mit dem Einkaufspreis korreliert. Aber es gibt kein objektives Kriterium, das eine einfache Berechnung des Logistikaufwandes ermöglicht. Insofern muss dafür immer ein bestimmter Indikator gesucht werden, der die Gesamtkosten des Logistikaufwandes gut zusammenfasst. Ein prozentualer Zuschlag ist dazu bestens geeignet, wodurch die Sachgerechtigkeit hergestellt wird. Dabei sollte der Satz von heute 10 auf 15% angehoben werden, da der durchschnittliche Logistikaufwand bei diesem Wert liegt.

Die heutige Situation stellt sich wie folgt dar: Die Lager für Verbrauchsmaterialien sind kleiner geworden und gleichzeitig ist der Aufwand für das Handling angestiegen. Eine intensivere und deswegen aufwendigere Bewirtschaftung der Lagerbestände ist notwendig. Die Anzahl der Bestellungen und Fakturen hat sich erhöht. Neu gibt es diverse Register zu führen, zum Beispiel bei Implantaten das Register SIRIS. Die Materialverbrauchserfassung existierte früher nur rudimentär oder gar nicht. Die Bewirtschaftung der dezentralen Materiallagerung ist hinzugekommen. IT-Applikationen sind seit der Erarbeitung des TARMED in den 1990er Jahren hinzugekommen. Und schliesslich führen die sinkenden Materialkosten zu weniger Einnahmen für den Logistikaufwand, da der Zuschlag von 10% auf die effektiven Einkaufskosten geschlagen wird.

H+ ist und war immer offen für einen anderen Verrechnungsmechanismus der Logistikkosten, da die hohen absoluten Zuschläge bei teuren Verbrauchsmaterialien oder Implantaten im Ein-

zelfall auf den ersten Blick irritierend sein können. Denkbar wäre zum Beispiel ein Modell, wie es bei der Spezialitätenliste für Medikamente angewendet wird.

Fazit

Die Löschung des Zuschlags für Logistik ist nicht sachgerecht und nicht betriebswirtschaftlich bemessen. Sie widerspricht damit den Anforderungen des Gesetzes an Tarifstrukturen.

16. Beibehalt der Positionen für die Unfallversicherung (UV)

Die Streichung widerspricht dem Koordinationsauftrag, den das Parlament dem Bundesrat in Art. 43 Abs. 7 KVG erteilt hat (analog zu Art. 56 Abs. 2 UVG). Falls die KVG-Tarifstruktur keine UVG-Leistungen mehr enthielte, müsste der Bundesrat eine zweite Tarifstruktur im Rahmen des UVG erlassen, die wahrscheinlich keine reinen Krankenversicherungsleistungen enthält. Meistens handelt es sich bei den UV-Leistungen um Positionen, die auch in der sozialen Krankenversicherung zu erbringen sind, aber dafür separat aufgeführt werden. Die Streichung der UV-Leistungen würde einen administrativen Aufwand für Versicherungen und Leistungserbringer bedeuten. Sie müssten zwei Abrechnungssysteme betreiben, die überwiegend identisch sind. Dies ist mit enormen, nicht abschätzbaren Kosten verbunden. Eine rein formaljuristische Auslegung des KVG führt also zu einer Kostensteigerung im Gesundheitswesen. Dies widerspricht dem Billigkeitsgebot und ist widerrechtlich.

Fazit

Die Positionen, die nur der Unfallversicherung zugeordnet werden können, werden nicht gestrichen und bleiben in der KVG-Tarifstruktur erhalten.

17. Physiotherapie

17.1 Paradigmenwechsel von Pauschal- zu Zeitpositionen

Der Entwurf sieht einen Paradigmenwechsel von Pauschalen zu zeitgebundenen Leistungen vor. Dies allerdings, ohne die einzelnen Leistungskomponenten neu zu bewerten. Die im Entwurf dargestellten Bewertungen sind bei klar anderen Leistungsinhalten (Minimalzeiten) nicht mit betriebswirtschaftlicher Bemessung dargelegt und deshalb auch nicht nachvollziehbar. Im Entwurf sind bei den Bewertungsabständen der verschiedenen Positionen offensichtlich falsche Bewertungen vorhanden. Beispielsweise ist nicht nachvollziehbar, warum die Einzeltherapie (Position 7301) als 1:1 Betreuung für 30 Minuten mit 48 Taxpunkten bewertet wird, während die medizinische Trainingstherapie (Position 7340) ebenfalls als 1:1 Betreuung, aber in einer viel teureren Infrastruktur erbracht für 30 Minuten (2 Mal 15 Min.) mit 44 Taxpunkten tiefer bewertet wurde. Es braucht eine medizinisch und therapeutisch sachgerechte Tarifstruktur und eine betriebswirtschaftliche Bemessung, wie sie das Gesetz fordert und wie sie in der Eingabe von H+ und curafutura vom 15. August 2016 transparent dargestellt werden konnte.

Grundsätzlich ist H+ nicht gegen die Darstellung von Behandlungszeiten in den Tarifpositionen. Die Übertragung der bisherigen Bewertung auf geänderte Tarifpositionen mit anderen Leistungsinhalten ist jedoch weder sachlich richtig, noch beruht sie auf einer betriebswirtschaftlichen Bemessung. Die Grundlagen der Übertragung und Neubewertung hat das BAG zudem nicht aufgezeigt.

Der Entwurf gefährdet die Durchführung diverser Therapien.

17.2 Die Produktivität der Leistungen in Abwesenheit des Patienten ist falsch abgebildet

Seit der Berechnung der Produktivität im Kostenmodell der bisherigen Tarifstruktur hat sich die Physiotherapie stark gewandelt. Die multidisziplinäre Koordination sowie der mündliche und schriftliche Austausch unter den Leistungserbringern haben zum Wohle der Patientensicherheit und des verbesserten Outcomes zugenommen. Das erhöht die im bisherigen Tarif nicht abge-

bildete Arbeitszeit, die aber im neuen Tarif abgebildet werden muss. Dennoch geht der Entwurf offensichtlich von unveränderten Annahmen aus und ist damit nicht sachgerecht.

17.3 Fehlende Leistungen

Die Ärztinnen und Ärzte in den Spital- und Kliniknotfällen greifen zunehmend auf die physiotherapeutische Expertise zurück, was in den niedergelassenen Physiotherapiepraxen nicht der Fall ist. Ein weiterer Punkt ist der zunehmende interprofessionelle Austausch vor allem bei vulnerablen Patientinnen und Patienten in den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Alles in Allem kommt es in der Physiotherapie zu mehr Leistungen in Abwesenheit, die wirksam und zweckmässig sind und welche deshalb tariflich abgebildet werden müssen. Der Entwurf unterschlägt diese Entwicklung der Physiotherapie, tarifiert diese Leistungen weiterhin nicht und verharrt somit in der Physiotherapie des letzten Jahrhunderts.

Fehlende Leistungen sind:

- Leistungen in Abwesenheit wie Berichte für Zuweisende verfassen, interdisziplinäre Fallbesprechung, Rückfragen bei am Fall beteiligten Leistungserbringern, fremdanamnestische Rückfragen, Erstellen von verordneten individuellen Heimprogrammen.
- Kurzinterventionen, wie Notfallunterstützung der Mediziner bei Prozederefestlegung, die jedoch mit einer Einzeltherapie mit kürzerer Zeit bei den entsprechenden Indikationen einfach integrierbar wäre.
- Behandlung mit zwei Physiotherapeuten.
- Robotik wie Lokomat oder Armo.
- Überwachtes Training im Rahmen der medizinischen Trainingstherapie.
- Wegzeiten.

Zur sachgerechten Tarifierung dieser für eine wirksame und zweckmässige Physiotherapie notwendigen Leistungen hat H+ dem Bundesrat und BAG in der Eingabe vom 15. August 2016 konkrete und sachgerechte Vorschläge und Bemessungen unterbreitet.

17.4 Doppelte Limitationsvorgaben

Mit der Kombination von zeitlicher und inhaltlicher Limitation bei der Position 7311 und der Zuschlagsposition 7351 sind viele in den Ambulatorien der Spitäler und Kliniken erbrachten Leistungen der ambulanten Physiotherapie nicht vollständig abbildbar.

Betroffen sind die Behandlung von multimorbiden oder komplexen Patientinnen und Patienten, von Patienten mit mehreren therapielevanten Diagnosen und Indikationen oder bei Polytrauma kombiniert mit reduziertem Allgemeinzustand, mit hohem Alter oder mit neurologischen Einschränkungen und Behandlungen.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit und Administration sind seit 20 Jahren stark gestiegen, ohne dass diese Leistungen ausgewiesen oder abgerechnet wurden. Beides, die Notwendigkeit sowie die fehlende Abrechnung, wird selbst von den Kostenträgern nicht bestritten. Wenn der Bundesrat jetzt einerseits die Sitzungsdauer definiert, andererseits aber keine Positionen zur Abrechnung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten erlaubt, ist entspricht das in keiner Weise der Realität und bedeutet sogar noch eine signifikante Verschlechterung des Status quo.

17.5 Falsche Abbildung der medizinischen Trainingstherapie

15 Minuten zur Einführung in die medizinische Trainingstherapie sind sicher nicht sachgerecht. Mindestens 30 Minuten sind zweckmässig und nötig bei Instruktion von vier Übungen zum anschliessenden vom Physiotherapeuten überwachten, durch den Patienten selbständig durchgeführten Training. Bei Patientinnen und Patienten mit Einschränkung in der Wahrnehmung oder Handicap bei der Umsetzung der Instruktion sind in derselben Zeit weniger als vier Übungen instruierbar. Das eigentliche überwachte Training – in der Regel erbracht als Gruppentherapie unter Aufsicht der Physiotherapeutin bzw. des Physiotherapeuten als zentraler Bestandteil dieser Therapieform auf dem gesicherten Weg zur eigenverantwortlichen und selbständigen (nicht

OKP pflichteigen) Weiterführung des Trainings zur Sekundärprävention fehlt im Entwurf gänzlich. Damit ist die explizite Leistungspflicht der medizinischen Trainingstherapie aus der KLV tariflich nicht abgebildet.

17.6 Fragwürdige Abbildung der Gruppentherapie

Eine Gruppentherapie dauert in der Realität zwischen 30 und 90 oder in speziellen Fällen sogar bis zu 120 Minuten. Eine einzige Pauschale dazu ist auf Grund dieser Variation medizinisch und betriebswirtschaftlich nicht angebracht.

Ausserdem ist nicht klar, auf welcher sachlichen Basis die Anzahl Teilnehmende bei der Position der Gruppentherapie festgelegt wurde. H+ hat zwei Positionen für unterschiedlich grosse Gruppen und Zuschlagspositionen vorgeschlagen, welche die Gruppentherapie sachgerecht und nahe an der wirksamen und zweckmässigen Erbringung abbilden.

Fazit

Der bundesrätliche Entwurf ist zurückzuziehen und der von H+ und curafutura eingebrachte Tarifstruktur ist rasch bei den interessierten Kreisen zu vernehmlassen und anschliessend durch den Bundesrat je nach Rechtslage zu genehmigen oder festzusetzen.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Argumentarium 3: Rechtliche, politische und tarifpartnerschaftliche Aspekte

1. Rechtliche Aspekte

1.1 Rechtslage bei ambulanten medizinischen Leistungen der Spitäler und Kliniken

Die Kündigung sämtlicher Tarifverträge für ambulante medizinische Leistungen zwischen H+ und santésuisse durch H+ hat dazu geführt, dass nach der Verlängerung durch die Tarifpartner und deren bundesrätlichen Genehmigung ab dem 1. Januar 2018 für die Spitäler und Kliniken keine Tarifstruktur mehr besteht. Dies in Analogie zur Feststellung des Bundesverwaltungsgerichtes im Falle von physiosuisse, dass „mit der Vertragskündigung und den Wegfall des Nationalen Tarifvertrages per 30. Juni 2011 keine nationale Tarifstruktur für in freier Praxis erbrachte Physiotherapieleistungen mehr besteht“ (C-2461/2013, C-2468/2013, E. 5.5.4 erster Satz, Seite 27; Unterstreichung durch H+). Das BVGer machte damit explizit einen Unterschied zu den Spitälern und Kliniken. H+ hatte damals nämlich seinen Tarifvertrag für ambulante physiotherapeutische Leistungen mit santésuisse nicht gekündigt und hat dies bis heute nicht getan. Rechtsfolge für die ambulanten medizinischen Leistungen der Spitäler und Kliniken ist, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 43 Abs. 5 zweiter Satz KVG eine Tarifstruktur festsetzen kann und muss sowie dass der Bundesrat sich nicht mehr auf die bestehende Tarifstruktur stützen muss, im Gegensatz zu Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG. Das war übrigens eines der Ziele der Kündigung. H+ bedauert es deshalb, dass der Bundesrat die Chance zu einem Neuanfang nicht nutzt. Mit der Einreichung am 3. November 2016 hat H+ dem Bundesrat zudem die Möglichkeit gegeben, in kurzer Zeit und mit wenig Aufwand eine aktualisierte Tarifstruktur in die Vernehmlassung zugeben und danach festzusetzen. Dass er dies im nun vernehmlassten Entwurf nicht gemacht hat, ist für H+ nicht nachvollziehbar.

1.2 Rechtslage bei physiotherapeutischen Leistungen der Spitäler und Kliniken

Umgekehrt verhält es sich bei den ambulanten physiotherapeutischen Leistungen, deren Tarifvertrag physiosuisse „für in freier Praxis erbrachten Physiotherapieleistungen“ (BVGer siehe oben) gekündigt hat. H+ ist mit santésuisse noch immer Vertragspartei. Parallel dazu hat H+ zusammen mit curafutura eine überarbeitete Tarifstruktur zur Genehmigung eingereicht. Eine Antwort des Bundesrates auf diese Eingabe steht immer noch aus. Dass der Bundesrat sich seit dem 15. August 2016 nicht zum Genehmigungsgesuch geäußert hat, empfindet H+ als Affront den Tarifpartnern gegenüber.

Wir fordern das Bundesamt und das Departement des Inneren auf, die von H+ und curafutura eingereichte Tarifstruktur für ambulante physiotherapeutische Leistungen umgehend dem Bundesrat zur Genehmigung vorzulegen und, falls notwendig, weitere notwendige rechtliche Schritte einzuleiten. Anderenfalls bitten wir, ein rechtlich anfechtbares Nichteintreten zu verfügen.

1.3 Sachgerechtigkeit und betriebswirtschaftliche Bemessungen sind auch für den Bundesrat obligatorisch

In einem erstinstanzlichen und zum Zeitpunkt dieses Vernehmlassungsende nicht rechtskräftigen Urteil des Schiedsgericht nach KVG des Kanton Luzern (SG 15 2, 2017 III Nr. 1) wurde entschieden, dass der Eingriff in den TARMED über die Verordnung von 2014 nicht den Anforderungen des KVG, namentlich Art. 43 Abs. 4 und Art. Abs. 4, entspricht. Zum selben Schluss

hätte schon der Bundesrat und das BAG kommen können, da sie im Kommentar des Entwurfes (Seite 6) explizit auf ein Urteil des BVGE C-4308/2007 Bezug nehmen.

Sachgerechtigkeit bedeutet für H+, dass die Leistungsrealitäten, in casu die medizinische und die physiotherapeutische, in der Tarifstruktur abgebildet sind. Dies ist im vorliegenden Entwurf in wesentlichen Punkten nicht der Fall, genannt seien hier exemplarisch nur die Limitationen (siehe Argumentarium 1 und 2 oben).

Betriebswirtschaftliche Bemessung heisst für H+, dass erhobene Daten verwendet werden und, wo diese nicht zu erheben sind oder die Erhebung unverhältnismässig aufwändig wäre, normativ, transparent und nachvollziehbar festgelegt werden. Daten können Leistungs- und Kostendaten sein. Leistungsdaten sind zum Beispiel die von den Spitälern und Kliniken erhobenen Schnitt-Naht-Zeiten. Kostendaten sind die Betriebsrechnungen der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen aber auch zusätzliche Erhebungen wie Lohndatenerhebungen.

Bundesrat und BAG haben mit dem Vernehmlassungsentwurf keine Berechnungen vorgelegt. Stattdessen haben sie wie folgt ihre Eingriffe begründet:

- „Die Hinweise zur Senkung der Minutagen bei diesen Leistungen stammen mehrheitlich von Versichererseite, welche ihre Schätzungen mit ihren Vertrauensärzten sowie teilweise mit Werten aus dem Einheitlichen Bewertungsmasstab in Deutschland plausibilisiert haben“;
- „Auch die Kostensätze dieser Sparten werden daher im Sinne eines Intransparenzabzuges um 10% gekürzt“;
- „Die heute hinterlegten Limitationen bei diesen Tarifpositionen werden halbiert, um der oben erwähnten starken Mengenzunahme entgegen zu wirken“;
- „Damit diese Änderung nicht zu einer Kostenerhöhung führt, wurde der Dignitätsfaktor so gewählt, dass statisch gesehen eine Reduktion des Taxpunktvolumens von ca. 60 Mio. Taxpunkten (im Vergleich zur heute gültigen Tarifstruktur Version 1.08_BR) – im Sinne einer Sicherheitsmarge – resultiert“

Zitate aus dem Kommentar vom 22. März 2017, Seiten 10, 11, 12 und 17, Unterstreichungen durch H+.

Die unterstrichenen Passagen zeigen, dass es sich nicht um Berechnungen, sondern um „Schätzung“, „Abzüge“ und „Margen“ handelt und dass diese rein politisch motiviert und Ausdruck eines nicht weiter belegten aber offensichtlich durch die Versicherer eingebrachten Misstrauens gegenüber allen Leistungserbringern sind: „mehrheitlich von Versichererseite“, „Intransparenz“, „Mengenausweitung entgegen zu wirken“, „Sicherheitsmarge“.

Im Lichte des besagten Urteils wäre eine Tarifstruktur auf solchen Grundlagen widerrechtlich und im Einzelfall nicht anwendbar.

Folge wäre eine hohe Rechtsunsicherheit, bis es zu einem höchstrichterlichen Urteil kommt. Sollten die Spitäler, Kliniken Pflegeinstitutionen im Nachhinein die Verluste einklagen, wären Rückvergütungen fällig von mehreren hundert Millionen Franken, gefolgt von einer Prämienerrhöhung mit mehreren Prämienprozenten.

Exkurs: Die im Kommentar auf Seite 11 genannten Plausibilisierungen mit deutschen Daten sind besonders stossend, da die deutsche Bevölkerung viel mehr Arztkontakte pro Jahr hat als dies in der Schweiz der Fall ist. Bestenfalls sind also die einzelnen deutschen Arztbesuche billiger, dafür finden sie viel häufiger statt, nach Wissen von H+ ca. drei- bis viermal mehr, was alles in allem zu viel höheren Gesamtkosten führen dürfte. Auch solche Vergleiche sind nicht sachgerecht.

1.4 Alle zugelassenen Leistungen sind voll vergütungspflichtig, keine Leistungssteuerung über die Tarife

Widerrechtlich ist ausserdem, dass der Entwurf medizinisch notwendige und von Ärztinnen und Ärzten angeordnete Leistungen, die damit unter die Zahlungspflicht des KVG fallen, nicht oder nicht vollständig vergüten will. Die KVG-Pflichtleistungen müssen vergütet werden. Die Leistun-

gen des KVG richten sich laut Art. 24 nach Art. 25 bis 34 KVG. Das Departement kann nach Anhörung der Eidgenössischen Kommission Leistungen und Leistungsumfang einschränken, was vielfach gemacht wird (siehe Anhang 1 KLV). Eine Leistungssteuerung über Tarife ist hingegen nirgendwo im KVG vorgesehen. Sie muss als nicht sachgerecht eingestuft werden. Entweder ist eine Leistung zugelassen und dann muss sie durch einen Tarif vergütet werden, oder sie ist es nicht.

Der Entwurf setzt Anreize zur Rationierung. Eine tarifliche Leistungssteuerung hätte negative Auswirkungen auf die in Argumentarium 1 (Realitäten in den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen) dargestellten notwendigen und bisher erbrachten und bis dato nicht in Frage gestellten Leistungen.

1.5 Unausgewogene Vorlage

Es ist zwingend notwendig, dass neben den Kürzungen gewisser Positionen andere Leistungen sachgerecht und betriebswirtschaftlich bemessen aufgewertet werden. Viele der heute durchgeführten Interventionen können nicht nach TARMED abgerechnet werden, da es dafür keine Positionen gibt. Beispielsweise in der Kardiologie wurden in den letzten Jahren grosse medizinische Fortschritte gemacht. Der Bundesrat hätte auch Positionen von nichttarifierten Leistungen in die Verordnung aufnehmen müssen. H+ hat in den Argumentarien 1 und 2 diverse solche Leistungen benannt. Die Stellungnahme des Bundesrates zu Händen des Parlaments in Bezug auf die Einführung des Abs. 5^{bis} des Art. 43 KVG hat auch mögliche Erhöhungen beinhaltet.

1.6 Falsche Annahmen über die Ausgangslage und Auswirkungen

Der Entwurf ortet in der Steigerung der Gesamtausgaben und in gewissen Positionen wie Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten, ein Kernproblem und will deshalb die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung senken. Die Haupttreiber der Mengenausweitung der ambulanten Behandlungen liegen aber in der demographischen Entwicklung, im medizinischen Fortschritt und im Verhalten der Kranken. Seit Jahren fordern Politikerinnen und Politiker, dass Behandlungen vorzugsweise ambulant statt stationär erbracht werden sollen. Wir haben deshalb kein Verständnis dafür, dass dies nun als Problem angesehen wird. Die schweizerische Bevölkerung wird immer älter und hat mehr Lebenszeit, krank zu werden und krank zu sein. Zudem steigt mit dem Alter auch die Zahl der Erkrankungen. Parallel ermöglicht der medizinische Fortschritt mehr ambulante Behandlungen, seien es neue Behandlungen oder seien es Behandlungen, die früher stationär erbracht worden sind. Dieser Fortschritt trägt auch zu einer Kostensenkung bei, indem weniger Infrastruktur und Personal pro Fall benötigt werden.

Die Menge der ambulanten Behandlungen wird auch in der Zukunft weiter zunehmen.

Die Spitäler und Kliniken sind zudem entgegen der im Entwurf vertretenen Meinung sehr wohl berechtigt, die Taxpunktswerte neu auszuhandeln und höhere Taxpunktswerte zu erhalten. Die Tarifstruktur muss sachgerecht die Leistungen und deren Kosten abbilden. Sie ist rechtlich nicht zur Steuerung der Prämien oder des Gesamtvolumens der ambulanten Behandlungen vorgesehen.

1.7 Revision des Tarifrechts an die Hand nehmen

Eine der oben genannten Rechtsunsicherheiten betrifft die Einteilung des TARMED. In der Tarifstruktur TARMED sind Zeitkomponenten (z.B. Tarifpositionen à fünf Minuten, also ein Zeittarif für unbestimmte medizinische Leistungen), ganze Leistungsgruppen, Handlungen oder die Inkonvenienzpauschale (Pauschaltarif) und Infrastrukturabgeltungen (Operationssaal als Sachtarif) vereinigt. Es handelt sich deshalb eindeutig um einen Mischtarif und nicht um einen reinen Einzelleistungstarif gemäss Art. 43 Abs. 2 Bst. b KVG. Nur auf den Wortlaut dieser Gesetzesregelung, also Leistung – Taxpunkt – Taxpunktswert, abzustellen, ist nicht hilfreich, da sie in der gleichen Logik aber unter anderen Begriffen, nämlich CHOP – Cost Weight – Baserate, auch für die vom Bundesrat als Pauschaltarif nach Art. 49 KVG genehmigte Tarifstruktur SwissDRG gelten. Es müsste also zur Klassifizierung des TARMED auf die „einzelnen Leistungen“ abgestellt

werden. Einzelne Leistungen sind nur ein Element unter vielen der TARMED-Tarifstruktur, wie wir oben kurz gezeigt haben (Zeit, Pauschalen, Sachleistungen) und wie jeder Blick in eine beliebige Position beweist.

Das Gleiche gilt für die Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen. Diese wird weder nach genauer Leistung noch nach Krankheit oder nach Körperteil oder sonst wie unterteilt. Die Leistungen werden allgemein als physiotherapeutische Leistungen zusammengefasst und in Zeiteinheiten bzw. Sitzungspauschalen zusammengefasst. Im Weiteren wird auch die Infrastruktur abgegolten. Dies sind definitiv keine „einzelnen Leistungen“ gemäss Art. 43 KVG.

Ebenfalls ist nicht definiert, was ein Tarifmodell gemäss Art. 59c Abs. 1 Bst. c KVV genau beinhaltet.

Hier sind das Gesetz und die Verordnungen veraltet respektive weisen Unklarheiten auf, wie alleine die unterschiedlichen Interpretationen von BAG und den Tarifpartnern zeigen.

Die beiden Eingaben von H+ sollen schweizweit für die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen gelten und fallen deshalb unter den Genehmigungsvorbehalt der nationalen Behörden. Aktuell ist nicht nur die TARMED-Tarifstruktur veraltet, sondern auch das heutige Tarifrecht im KVG. Es weist diverse Lücken auf und trägt so massgeblich zur Rechtsunsicherheit bei. Es ist notwendig, dass unklare Rechtsfragen aus dem Weg geräumt werden. H+ veröffentlicht in Kürze zum Tarifrecht des KVG eine Fachpublikation, in der H+ auch Lösungsvorschläge präsentiert.

2. Politische Aspekte

2.1 Widersprüchliche BAG-Politik

Im Rahmen der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020 wurde im Handlungsfeld Lebensqualität ein grosser Handlungsbedarf der koordinierten Versorgung für die Patientengruppe hochbetagte, multimorbide Menschen identifiziert. Dies insbesondere an der Schnittstelle zwischen Heim und Spital. Dazu braucht es eine gute ärztliche Versorgung im Heim.

Ein Ziel der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019 ist die gute Versorgung entlang des ganzen Krankheitsverlaufs, auch in den Langzeitinstitutionen. Dazu ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflege und Arzt unabdingbar. Aber die interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeit wird durch die Limitationen und die veraltete Abbildung der Pflege stark beschränkt, obwohl der Bundesrat und das BAG in diversen Strategien diese fördern wollten.

Der Entwurf ist offenbar weder mit der Strategie Gesundheit2020 noch mit den Tätigkeiten anderer Direktionsbereiche des BAG oder mit den Zielen und Handlungsmaßnahmen der diversen nationalen Strategien abgestimmt. Letztere fordern durchgehend eine solide Finanzierung. Mit anderen Worten fordert das BAG in den Strategien zur psychischen Gesundheit, zu Demenz und zur Palliativ Care viele Ressourcen der Betroffenen, thematisiert in allen diesen Strategien die Unterfinanzierung und versucht sie abzuwehren, während es gleichzeitig mit dem vorliegenden Entwurf eine Finanzierungsbegrenzung und Minderbehandlung vorschlägt.

2.2 Totalrevision ist nach wie vor notwendig

Der Vernehmlassungsentwurf verweigert eine Totalrevision, weil diese den Tarifparteien in der Tarifautonomie vorbehalten sei. Diese Regel ist weder im Gesetz noch in den Materialien zu finden und ihre Herleitung ist nicht nachvollziehbar. Im Gegenteil geht das Gesetz davon aus, dass der Bundesrat eine Tarifstruktur festsetzt, wenn die Tarifparteien sich nicht einigen können. Dies gilt auch für den Fall, dass sie sich zum Beispiel über neue Leistungen nicht einigen könnten. Dann kann der Bundesrat gar nicht anders, als eine eigene Tarifstruktur aufzubauen.

Die subsidiäre Kompetenz sagt, dass der Bundesrat das vornimmt, auf das sich die Tarifparteien nicht einigen können. Wenn dies eine Totalrevision ist, dann folgt daraus, dass der Bundesrat eine Totalrevision festsetzt. Eine Partialrevision mag das Unvermögen der Tarifparteien auf eine Totalrevision nicht zu heilen. Im Gegenteil birgt es noch zusätzliche Risiken.

Nicht zuletzt fordern auch EFK und FinDel diese Totalrevision, kombiniert mit der Aufforderung an den Bundesrat (!), endlich zu handeln (EFK 2010).

2.3 Das falsche Signal zur falschen Zeit

Während das BAG zu Arbeitssitzungen einlädt, an denen die Zuteilung von Leistungen hauptsächlich oder ausschliesslich in die ambulante Leistungserbringung besprochen werden soll, kommt gleichzeitig ein Vorschlag, genau in diesem Bereich die Entschädigung zu senken. Dieses Signal ist kontraproduktiv für eine mögliche Verschiebung von stationär zu ambulant.

2.4 Ausbildungsstätten

Die Spitäler und Kliniken, in besonderem Masse die Universitätsspitäler, haben einen Ausbildungs- und Weiterbildungsauftrag. Eine effiziente Leistungserbringung ist aber nur mit ausschliesslich erfahrenen Ärzten möglich. Weiterbildung benötigt Zeit und Ressourcen. Die vom Bundesrat angestrebte vermehrte Ausbildung von Assistenzärzten in der Schweiz verliert durch den Entwurf an Attraktivität und verschärft die Nachwuchsproblematik.

3. Partnerschaftliche Aspekte

Vorschlag schwächt Tarifpartnerschaft

H+ wollte mit seiner Kündigung der TARMED-Verträge auch die Tarifpartnerschaft neu beleben, eine Tarifpartnerschaft, wie sie das Gesetz vorsieht. Dies ist H+ nicht gelungen und wird durch den Entwurf noch zusätzlich untergraben.

Die Lehre aus dem subsidiären bundesrätlichen Eingriff von 2014 sollte sein, dass einseitige Zugeständnisse der Behörden dazu führen, dass die Betroffenen lieber über die Behörde gehen anstatt über Verhandlungen mit den anderen Tarifparteien. Hausärzte Schweiz bestätigte diese Aussage, indem der Verband in der Abstimmung 2016 die Nein-Parole zur Totalrevision herausgegeben hat, nachdem seine Mitglieder durch den Eingriff 2014 CHF ca. 20'000.- p.a. mehr erhalten haben. Durch den vorliegenden, einseitigen Eingriff zu Gunsten der Versicherungen werden diese in Zukunft kein Interesse mehr an einer Totalrevision haben. santésuisse hat eine Totalrevision bisher immer abgelehnt und beharrt auf dieser Position. curafutura hat im Jahr 2016 mehr Ressourcen in den behördlichen Eingriff investiert als in die partnerschaftliche Totalrevision. Wenn der Bundesrat einen einseitigen Eingriff verabschieden sollte, dann ist die Tarifpartnerschaft in den nächsten Jahren unattraktiv. Der jetzige Vorschlag ist also kontraproduktiv.

In dieser Situation prüft auch H+ alle Optionen. Eine dauernde Anwendung der subsidiären Kompetenz muss nicht zum Schaden der Spitäler und Kliniken sein. In einigen Jahren wird der Bundesrat eine totalrevidierte Tarifstruktur festsetzen müssen, wenn die Tarifpartnerschaft blockiert bleibt. Die dazu notwendigen Daten gehören den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Pistes de solutions

H+ demande au Conseil fédéral de geler le présent projet jusqu'à l'entrée en force du jugement de Lucerne (SG 15 2, 2017 III Nr. 1) ou jusqu'à un arrêt du Tribunal fédéral. Elle demande également que, pendant ce temps, les deux structures soumises par H+ pour la physiothérapie ambulatoire le 14 août 2016 et pour les prestations médicales ambulatoires le 3 novembre 2016 soient mises en consultation. Les partenaires tarifaires ne se sont en effet pas prononcés dans le détail sur leur contenu.

Si le Conseil fédéral devait maintenir son projet contre l'avis de H+, l'association fait les suggestions suivantes d'amélioration. Les justifications figurent dans les argumentaires 1 à 3. Elles reposent très largement sur le fait que les propositions du Conseil fédéral ne sont ni appropriées ni conformes aux règles applicables en économie d'entreprise et ne respectent pas les art. 43 al. 4 et 46 al. 4. Et cela contrairement aux structures soumises par H+, qui sont à la fois appropriées et, autant que possible, calculées selon les règles applicables en économie d'entreprise. Ces calculs peuvent être consultés dans ces deux structures tarifaires.

Dans le cas de la physiothérapie, la structure tarifaire a été élaborée avec le concours de tous les partenaires (!) – l'OFSP n'est pas sans le savoir.

Propositions de H+ pour améliorer TARMED

1. Valeur intrinsèque uniforme pour toutes les prestations et adaptation des salaires des médecins

Afin de garantir un calcul conforme aux règles applicables en économie d'entreprise, la valeur intrinsèque pour toutes les prestations médicales doit être fixée à 1 et le revenu de référence des médecins doit être adapté conformément au projet soumis par H+ le 3 novembre 2016.

2. Adaptation de la productivité dans les unités fonctionnelles opératoires

Les lacunes dans la structure tarifaire TARMED doivent être comblées intégralement par la fixation de la structure tarifaire soumise par H+, ou les facteurs de productivité doivent être recalculés selon les règles applicables en économie d'entreprise.

3. Abaissement des taux de coûts pour certaines unités fonctionnelles

Afin de garantir un calcul conforme aux règles applicables en économie d'entreprise, les taux de coûts et les durées d'amortissement pour les appareils et les installations ainsi que les salaires du personnel non médical doivent être établis conformément à la structure tarifaire soumise par H+.

4. Suppression des minutages pour la prestation au sens restreint et unification des minutages pour l'établissement des rapports pour les positions examens par CT et IRM

Au chapitre 39, le BP-53 doit être supprimé et l'accès aux prestations de base être ainsi rendu possible.

Toutes les prestations matérielles des hôpitaux et des cliniques doivent être reprises dans les prestations techniques (PT). Il s'agit avant tout des prescriptions de l'OFSP, qui ont été encore relevées du fait de la révision des dix ordonnances sur la radioprotection, et des dépenses d'informatique qui sont également accrues en raison du dossier électronique du patient.

5. Réduction des minutages trop élevés pour certaines positions tarifaires

Afin de garantir un calcul conforme aux règles applicables en économie d'entreprise, les minutages doivent être établis par analogie avec la structure tarifaire soumise par H+.

6. Transformation des prestations à l'acte en prestations au temps

La transformation des prestations à l'acte est correcte sur le principe car elle permet de simplifier l'application de la structure tarifaire et d'éviter des doubles facturations injustifiées. Mais il faut renoncer totalement à une limitation.

7. Extension des limitations aux spécialistes facturant sous forme électronique

Il faut renoncer aux limitations.

8. Préciser l'interprétation des prestations en l'absence du patient et adapter les limitations correspondantes 00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260

Il faut renoncer aux limitations.

9. Préciser l'interprétation des suppléments en cas d'urgence aux positions tarifaires «Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence» (00.2510 à 00.2590)

Maintien des suppléments pour dérangement pour les médecins agréés effectuant un service de garde.

La position 35.0610 «Forfaits d'admission en urgence, service reconnu» doit être transformée en prestations de base fixes des hôpitaux et cliniques pour les services d'urgence et être relevée de CHF 203.- à 250 points tarifaires, afin de couvrir les coûts complets des prestations des hôpitaux et des cliniques. Pour le calcul, voir en annexe le Rapport final V1.0 externe, groupe technique (GT) «Urgences Hôpital» du 11.3.2016.

10. Interprétation pour les ponctions veineuses par du personnel non médical

Il convient de renoncer à cette modification car elle n'entraîne que des coûts et aucun bénéfice. En outre, cela charge inutilement le volume de facturation du TARMED.

11. Modifier la tarification et préciser l'interprétation de la position 00.0610 «Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 min.»

Il convient de renoncer au durcissement de l'interprétation.

12. Relever la majoration sur le matériel à usage unique et les implants à 15%

Afin d'intégrer dans le tarif les charges internes des hôpitaux et des cliniques, la majoration sur le matériel doit être relevée de 10 à 15%, en fixant un plafond à CHF 400.- par unité.

13. Maintien des positions tarifaires pour les prestations des assurances accidents, invalidité et militaire

Toutes les positions tarifaires pour l'assurance accidents doivent être maintenues dans la structure tarifaire de l'assurance-maladie car, selon la loi, le Conseil fédéral exerce une fonction de coordination (art. 43 al. 7 LAMal).

14. Représentation correcte de la pédiatrie

Au chapitre 3 (Pédiatrie), deux nouvelles positions doivent être introduites conformément à la structure tarifaire soumise par H+. Les travaux préliminaires tripartites ont révélé que dans les hôpitaux et les cliniques pédiatriques les charges de personnel sont plus élevées de 20% (Genewein et Hänsenberger, BMS, 2016; 97:45) et que la pédiatrie présente un déficit de financement d'environ 35%. Avec deux nouvelles positions sous forme de supplément de 35%, les coûts des prestations pour ce groupe vulnérable seront couverts correctement.

15. Représentation correcte des prestations non médicales

Les positions 00.1430 et suivantes (prestations du personnel non médical) doivent être recalculées selon les règles applicables en économie d'entreprise. Dans le titre, il convient de supprimer la mention «oncologiques / diabétologiques / hématologiques». En outre, les positions 35.0210 et suivantes ainsi que les positions 35.0510 et suivantes, respectivement les chapitres 35.03 et 35.04 doivent être supprimés car ils sont remplacés par les positions 00.1430 et suivantes modifiées.

Propositions de H+ pour améliorer la structure tarifaire de la physiothérapie

16. Supprimer les prescriptions de temps pour toutes les positions

Comme la fixation des prescriptions de temps ne découle pas d'une évaluation conforme aux règles applicables en économie d'entreprise, ces prescriptions doivent être biffées pour les positions 7301, 7311, 7313, 7340 et 7351.

17. Représentation dans la structure tarifaire des prestations en l'absence du patient

La productivité sur laquelle se base la structure tarifaire actuelle ne prend pas en compte les changements intervenus depuis son entrée en vigueur dans la fourniture des prestations, en particulier en relation avec d'autres fournisseurs de prestations. Les prestations en l'absence du patient qui en découlent ne sont absolument pas représentées dans les positions tarifaires.

18. Représentation d'autres prestations manquantes

L'évolution des prestations de physiothérapie se poursuit, comme celle des prestations médicales. De nouvelles prestations ne sont pas prévues dans la structure tarifaire proposée. Les prestations suivantes doivent être impérativement prises en compte:

- Interventions courtes, comme le soutien aux urgences apporté au médecin pour déterminer une procédure qui serait facilement intégrable avec une thérapie individuelle de courte durée compte tenu des indications.
- Traitement par deux physiothérapeutes.
- Robotique, telle que Lokomat ou Armo.
- Entraînement sous surveillance dans le cadre d'une thérapie médicale d'entraînement.