DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



August 2016 – Nr. 3

BUNDESHAUS



EDITORIAL

H+ hat Wort gehalten und am 30. Juni 2016 eine neue Tarifstruktur für ambulante medizinische Leistungen eingereicht, die den veralteten TARMED-Tarif ablösen soll. Gleichzeitig hat H+ den Rahmenvertrag gekündigt und damit einen doppelten Aufbruch eingeläutet. Erstens liegt es nun an den Tarifpartnern, sich zu finden. Zweitens ist das Hinauszögern einer Totalrevision keine Option mehr. Wer jetzt abseits steht, gefährdet das Vertragsprimat und die Tarifautonomie. Die Zeit der leeren Versprechungen ist vorbei. Mit der Einreichung einer modernen, auf aktuellen Berechnungen und Bewertungen basierenden Tarifstruktur führt kein Weg mehr zurück zum überholten TARMED. H+ bietet allen Tarifpartnern die Hand zu fairen Verhandlungen, wird aber unverhältnismässige Forderungen zurückweisen. Auch der Gesamtbundesrat ist gefragt mitzuhelfen, die gesetzlich zugesicherte Tarifautonomie zu wahren und ihr zum Durchbruch zu verhelfen.

Charles Favre, Präsident H+

Edelkarosse statt Rostlaube

Die Unterstützung der Versicherer für die von H+ eingereichte, neue Tarifstruktur ist noch offen. Klar ist aber: es hat keinen Sinn, weiter auf dem alten TARMED aufzubauen.

Egal ob Eidgenössische Finanzkontrolle, Bundesrat oder Tarifpartner: alle wiederholen, dass der TARMED veraltet ist – eine Rostlaube halt. In fünfjähriger Arbeit haben Fachleute von FMH, MTK und H+ eine neue Tarifstruktur erarbeitet. H+ hat sie dem Bundesrat eingereicht. Sie ist die beste, ja die einzige Basis für einen neuen partnerschaftlichen Tarif. Es gibt keine Gründe, Revisionen weiterhin in der alten TARMED-Struktur durchzuführen.

Die neue Tarifstruktur umfasst die aktuellen ambulanten medizinischen Leistungen, ärztliche und auch viele nicht-ärztliche. Sie ist damit im Einklang mit der vom Bundesrat gesetzten integrierten Versorgung. Die neue Struktur ist mit fast halb so vielen Tarifpositionen übersichtlicher als zuvor und der Aufbau verständlicher. Die Berechnungen sind datengestützt, die Bewertungen aktualisiert. Die Struktur kann somit uneingeschränkt weitergepflegt werden. Kurz: Sie erfüllt die gesetzlichen Auflagen – eine Edelkarosse halt.

Die neue Basis steht also bereit. Durch die Kündigung des bisherigen Rahmenvertrages entsteht ab dem 1. Januar 2017 ein vertragsloser Zustand, der die Tarifpartner zwingt, Farbe zu bekennen. Nutzen wir die Chance und fahren mit der Edelkarosse weiter! Die Alternative dazu wäre, die Tarifautonomie aufzugeben und das Heft in die Hände des Bundesrates zu geben.

Bernhard Wegmüller, Direktor H+

INHALT

2 Tarifverträge | **50-Prozent-Klausel erschwert Tarifautonomie**
2 Ambulante Tarife | **Revision Physio- und elf anderer Tarife**
3 TARMED-Revision | **Bewegung der Tarifpartner notwendig**
3 Leistungsentwicklung | **Gute Gründe für die Zunahme**
4 Fakten und Zahlen | **Konstante Entwicklung des TARMED-Volumens**
4 Qualität | **Peer Review Award an Schweizer Pflegepeers**

Tarifverträge

50-Prozent-Klausel erschwert Tarifautonomie

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) fordert, dass die Tarifverträge mindestens die Hälfte der Versicherten betreffen. Diese Klausel kommt im Gesetz jedoch nicht vor.

Eine Tarifpartei besteht aus einem oder mehreren Leistungserbringern bzw. Versicherern oder ihren Verbänden. Quoten zur Zusammensetzung der Tarifpartner sind im Krankenversicherungsgesetz nicht vorgegeben. Weiter sind Verbandsmitglieder nicht an das Verhandlungsergebnis ihrer Verbände gebunden und nicht beteiligte Parteien erhalten laut Gesetz einen garantierten Zugang zu den Tarifen. Die Tarifautonomie lässt also Freiheiten. Nun fordert das BAG eine gesetzlich nicht vorgesehene Klausel: 50 Prozent der Versicherten müssten vom Tarifvertrag abgedeckt sein, bei den Leistungserbringern ist die Quote offen.

Behördliche Willkür

Woher die 50 Prozent kommen, bleibt unklar. Wieso sind es beispielsweise nicht 75 Prozent? Dann wären Minderheiten sicher ausgeschlossen. Warum nicht 33 Prozent? Damit wären Pluralität und Wettbewerb möglich, aber zu kleine Akteure könnten nicht das Tarifwesen dominieren.

Warum legte das BAG eine Hürde für Versicherer fest, aber nicht für Leistungserbringer? Weil dies eine Überlebensklausel für santésuisse ist? Oder weil die jahrelange Blockadepolitik dieses Verbandes honoriert werden soll, indem dann der Bund subsidiär eingreifen kann?

Auf der Leistungserbringerseite hätte die Klausel zur Folge, dass jeder kleine Berufsverband mit 300 Einzelmitgliedern 236 Spitäler dominieren und ihnen die Tarif- und Preispolitik diktieren könnte.

Mehrheit der Ärzte heute in den Spitälern tätig

Die Verteilung der Ärztinnen und Ärzte kann nur geschätzt werden, da es zwei inkompatible Statistiken gibt: Die FMH-Ärztestatistik 2015 weist noch eine Mehrheit von Praxisärzten aus, die Tendenz ist jedoch seit Jahren abnehmend und die 50-Prozent-Hürde fällt demnächst. Die BFS-Krankenhausstatistik hingegen weist mehr in Spitälern angestellte Ärztinnen und Ärzte aus. Hinzu kommen ca. 3000 Belegärzte, die ambulant wie auch stationär tätig sind.

Tarifautonomie schützen

Die Spitäler müssen frei sein, einen Tarif auszuhandeln, der für ihre ambulanten medizinischen Leistungen gilt. Der Bundesrat und das Parlament sollten der gesetzlich garantierten Vertragsautonomie Nachachtung verschaffen. Die nicht erwünschte Alternative wäre eine Verstaatlichung des Tarifwesens mit Amtstarifen für ambulante Leistungen.

Martin Bienlein

«Für sämtliche Tarife gilt: Effiziente, qualitativ hochstehende Leistungen brauchen eine mindestens kostendeckende, betriebswirtschaftlich korrekt hergeleitete Abgeltung.»

Benno Fuchs, Direktor/CEO Luzerner Kantonsspital



Ambulante Tarife

Revision Physio- und elf anderer Tarife

Die Blockade im TARMED wirkt sich auch auf andere Tarifrevisionen aus. Sie kommen schleppend oder gar nicht vorwärts.

Im Schatten der TARMED-Blockade gedeihen auch andere dringend nötige Tarifrevisionen nicht wie gewünscht. Speziell beim Willen zu Kompromissen hapert es.

Nach zähem Ringen und dem Absprung des Kassenverbandes santésuisse und von zwei Physio-Verbänden einigten sich H+ und der Versicherungsverband curafutura über die Revision des ambulanten Physiotherapietarifs. In der Mitgliederbefragung stimmte die H+ Basis im Juli 2016 der revidierten Tarifstruktur, dem Tarifvertrag und der Normierung zu. Mitte August reichten H+ und curafutura die revidierte Tarifstruktur dem Bundesrat mit einem umfangreichen Dossier zur Genehmigung ein.

Heimdialyse fördern

Nebst TARMED und Physiotherapie gibt es noch elf andere revisionsbedürftige ambulante Tarife, von der Ergotherapie über die Logopädie, der Ernährungsberatung und Diabetesberatung bis zur Neuropsychologie.

Auf 2012 konnten H+ und der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) einen neuen Vertrag über Dialysebehandlungen abschliessen. Die Vertragspartner haben die Tarifierung der Dialyse-Leistungen aktualisiert und die Heimdialyse gezielt gefördert.

Caroline Piana

TARMED-Revision

Bewegung der Tarifpartner notwendig

Damit eine Totalrevision des veralteten TARMED zustande kommt, müssen sich die Akteure aufeinander zubewegen. H+ macht einen ersten Schritt in Richtung derjenigen, die momentan nur einen eingeschränkten Revisionswillen zeigen.

Die FMH-Mitglieder haben die neue Tarifstruktur abgelehnt, die Vorstände der MTK und curafutura eine Überarbeitung verlangt. Vereint mit H+, machen sich nun die vier Tarifpartner in der neuen Tariforganisation daran, die Anliegen aufzunehmen. Der Tatbeweis kommt mit der vom Bundesrat festgesetzten Frist am 31. Oktober 2016.

H+ kommt Versicherern entgegen

Bereits im Winter 2014/2015 hat H+ die Notwendigkeit einer Normierung der neuen Tarifstruktur anerkannt, die keine Mehrkosten aufgrund des Modellwechsels sicherstellt. Damit ist ein Hauptanliegen der Versicherer erfüllt. Im Weiteren ist H+ dazu bereit, über Pauschalen für klar definierbare Leistungen zu diskutieren. In der neuen Einzelleistungsstruktur wurden sie aber bewusst vermieden, weil solche Leistungspakete im veralteten TARMED zu Fehlanreizen geführt hatten. Diverse weitere Anliegen werden ebenfalls geprüft.

Wille zu Kompromissen vorhanden?

Einer gemeinsamen Einreichung steht damit eigentlich nichts im Wege. Damit die Tarifstruktur genehmigt und daraufhin von der neuen Tariforganisation gepflegt werden kann, müssen sich die Tarifpartner bewegen und sich nicht in technischen Schützengräben verschanzen.

Das Verhandlungsprimat braucht einen Tatbeweis. Am besten am 31. Oktober 2016 mit dem Einreichen einer Tarifstruktur zur Genehmigung beim Bundesrat.

Martin Bienlein



Der Trend von stationären zu ambulanten Behandlungen ist erwünscht, da bei gleichem oder besserem Behandlungserfolg die Kosten sinken.

Leistungsentwicklung

Gute Gründe für die Zunahme

Die Kosten für ambulante ärztliche Behandlungen nehmen bei unveränderter Tarifstruktur und stabilen Preisen konstant zu. Dafür gibt es nachvollziehbare Gründe.

Der Modellwechsel bei einer Tarifstruktur darf gemäss Vorgaben des Bundes keine Mehrkosten verursachen. Es gibt aber Einflussfaktoren, die unabhängig von einem Modellwechsel zu einer Erhöhung des Leistungsvolumens führen. Die wichtigsten Faktoren für zusätzliche ambulante Leistungen sind der medizinische Fortschritt und neue kassenpflichtige Behandlungen sowie die Zunahme chronisch Kranker mit verschiedenen Gesundheitsproblemen. Ein weiterer Einflussfaktor ist die demografische Entwicklung: von der Zunahme und Alterung der Bevölkerung bis hin zur Migration – anerkannte Asylbewerber und Flüchtlinge sind in der Schweiz grundversichert.

Verschiebung gesundheitspolitisch erwünscht

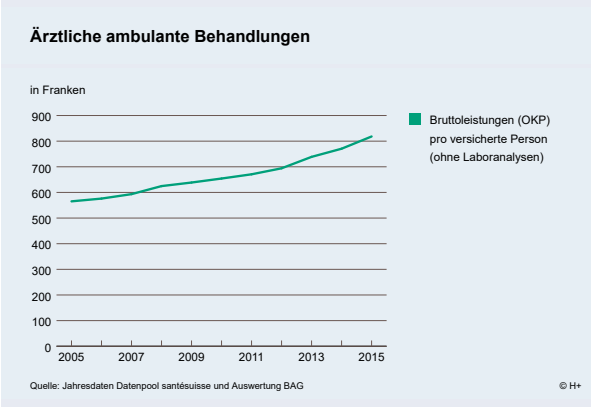
Gesundheitspolitisch und volkswirtschaftlich erwünscht ist der Trend von stationären zu ambulanten Behandlungen. Die Verschiebung in den ambulanten Bereich führt natürlich auch zu einer Zunahme der Leistungen.

Der Ruf nach einer dynamischen Kostenneutralität hat Kontroversen ausgelöst und zu Blockaden unter den Tarifpartnern geführt. Das Bundesverwaltungsgericht als oberster Schiedsrichter bei Tarifstreitigkeiten hat in mehreren Leiturteilen jedoch klar gemacht, dass die genannten Faktoren anerkannt werden und es dafür keine gesetzlich herzuleitende Kostenneutralität gibt.

Conrad Engler

Fakten und Zahlen

Konstante Entwicklung des TARMED-Volumens



Medizinische und gesellschaftliche Entwicklungen begründen den durchschnittlichen Anstieg von 4,5 Prozent pro Jahr.

Die Bruttoleistungen für ambulante ärztliche Behandlungen ohne Laboranalysen sind pro versicherte Person von 2005 bis 2015 von 565 auf 818 Franken angestiegen, was einem Zuwachs von 45 Prozent in zehn Jahren entspricht. Der durchschnittliche Anstieg für diese Leistungen lag in dieser Zeitspanne demnach bei rund 4,5 Prozent pro Jahr. Das bedeutet, dass die Zunahme der ambulanten ärztlichen Leistungen durch medizinische und gesellschaftliche Einflüsse verursacht wird und nicht durch einen Modellwechsel der Tarifstruktur, da TARMED in dieser Zeit weitestgehend unverändert blieb.

Normierungsfaktor

Bei der Einführung einer neuen Tarifstruktur muss deshalb unterschieden werden zwischen dem «natürlichen» Wachstum und den Einflüssen der neu berechneten Tarifstruktur auf das abgerechnete Volumen an Leistungen. Durch eine Umrechnung der alten Tarifpositionen in die neue Struktur kann ein Normierungsfaktor berechnet werden, so dass im Einführungsjahr das Taxpunktvolumen gleich bleibt wie im Vorjahr. Zur Korrektur der natürlichen Leistungsentwicklung, welche mit der Einführung der neuen Tarifstruktur nichts zu tun hat, wird ein Zielkorridor verhandelt. Basierend auf den letzten 10 Jahren sind dies rund 4,5 Prozent.

Steigende Bedeutung der Spitäler

Spitäler und Kliniken erbringen einen immer bedeutenderen Anteil der ambulanten Leistungen. Bei Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 leisteten die Spitäler ambulante Behandlungen im Wert von 1,4 Mia. Franken, was damals 13 Prozent aller ambulanten Leistungen ausmachte. Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte erbrachten seinerzeit fast die Hälfte (49%) oder 5,3 Mia. Franken der ambulanten Leistungen, die restlichen Leistungserbringer 4,2 Mia. Franken (38%). Im 2014 kamen die Spitalambulatorien für 25,4 Prozent (6,3 Mia.) der Leistungen auf, die Arztpraxen noch für 44 Prozent (11 Mia.) und die übrigen ambulanten Leistungserbringer für 30,6 Prozent (7,6 Mia.).

Conrad Engler

Qualität

Peer Review Award an Schweizer Pflegepeers

Schweizer Pflegepeers haben anlässlich eines Treffens der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) den Peer Review Award erhalten. Damit wurde der in der Schweiz angewendete interprofessionelle Ansatz des Verfahrens honoriert.

Am Treffen des IQM Fachausschusses und der Fachgruppe der IQM Peers in Berlin wurde der IQM Peer Review Award vergeben. Die Auszeichnung ging in diesem Jahr an die vier Schweizer Pflegepeers, die massgeblich an der Umsetzung des Schweizer Pilotprojekts zum interprofessionellen Peer Review mitgewirkt haben. Das Projekt wurde unter Leitung der Allianz Peer Review CH, bestehend aus H+, der FMH und den Swiss Nurse Leaders, vorbereitet und erfolgreich durchgeführt. In der Schweiz laufen seit 2016 sämtliche Verfahren interprofessionell ab.

Das Peer Review ist ein bewährtes Verfahren, um bei statistischen Auffälligkeiten unter Einbezug von externen Fachpersonen Fälle retrospektiv zu analysieren und – falls notwendig – gemeinsam Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu erarbeiten.

Isabelle Praplan

IMPRESSUM

H+ Bundeshaus erscheint viermal jährlich in Deutsch und Französisch.
Redaktion: Stefan Althaus, Dorit Djelid, Conrad Engler, Stephanie Falk, Kommunikation H+ Bern.
Geschäftsstelle, Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern, geschaeftsstelle@hplus.ch, www.hplus.ch, Telefon 031 335 11 11.
H+ ist der nationale Spitzenverband der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen.