DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



August 2013 – Nr. 3

BUNDESHAUS



EDITORIAL

Beim ambulanten Tarif TARMED bewegt sich einiges. Die Tarifpartner haben die Blockaden bei drei wichtigen Reformprojekten erfolgreich beseitigen können.

Die Forderungen der Hausärztinnen und -ärzte wurden erhört. Sie erhalten für ihre Leistungen vorübergehend einen Zuschlag. Mittelfristig sollen sie im revidierten TARMED besser als bis anhin entschädigt werden.

Die TARMED-Struktur braucht zwingend eine Revision, um eine korrekte Abgeltung der ambulanten Leistungen sicherzustellen. H+ arbeitet zusammen mit der FMH und der MTK mit Hochdruck daran und hofft, dass sich auch die Krankenversicherer noch anschliessen.

Die Neuorganisation von TARMED Suisse ist ein weiterer Meilenstein. Die bestehende Organisation wird bis Ende 2014 aufgelöst. Eine Aktiengesellschaft soll daraufhin den Aufbau eines professionellen Tarifbüros ermöglichen. Damit sollen Blockaden endlich der Vergangenheit angehören.

Wir empfehlen Ihnen zudem einen Besuch auf der H+ Website. Mit dem neuen Spital- und Klinik-Monitor hat H+ eine umfassende Übersicht der Branche publiziert.

Charles Favre, Präsident H+

Tarifpartner einigen sich

Die TARMED-Tarifpartner einigen sich in den drei Fragen: Besserstellung der Hausärzte, Neuorganisation TARMED und Gesamtrevision der Tarifstruktur.

Die Tarifpartner für den ambulanten Tarif TARMED, d.h. santésuisse, Unfallversicherer, FMH und H+, haben sich vor den Sommerferien auf drei notwendige Reformen geeinigt. Sie beenden damit die jahrelange Tarifblockade und nehmen die Anliegen der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) aus dem Jahr 2010 auf. Ein subsidiärer Eingriff des Bundesrats wird hinfällig.

Erstens wollen die Tarifpartner vorübergehend die Hausärztinnen und -ärzte im TARMED durch einen Zuschlag besserstellen. Mittelfristig werden deren Leistungen direkt im TARMED besser entschädigt. So erfüllen die Tarifpartner die Forderungen der Hausärztinnen und -ärzte, wie diese sie im Masterplan Hausarztmedizin gestellt haben.

Zweitens haben sich die Tarifpartner auf eine neue Tariforganisation geeinigt, womit sie Blockaden in Zukunft vermeiden. Damit wird ein Haupthindernis der Tarifreformen gemäss der EFK beseitigt.

Drittens haben drei der vier Tarifpartner bereits eine Revision der Tarifstruktur an die Hand genommen. Damit wollen sie im Sinne der EFK fehlende Leistungen hinzufügen und veraltete Tarifberechnungen à jour bringen.

Bernhard Wegmüller, Direktor H+

INHALT

2 Datenschutz | **Jetzt braucht's Transparenz**
2 TARMED | **Neuorganisation steht**
3 Spitalfinanzierung | **Spitäler haben die Kosten im Griff**
3 TARMED | **Finanzierungslücke bei ambulanten Leistungen**
4 Fakten und Zahlen | **Leistungsschau der Branche**
4 Neue Dienstleistung | **H+ Spital- und Klinik-Monitor**

Datenschutz

Jetzt braucht's Transparenz

Die Spitäler und Kliniken müssen mit der DRG-Rechnung medizinische Patientendaten übermitteln. Der Datenschützer überwacht dies und muss Transparenz schaffen.

Seit dem 1. Januar 2013 schreibt das KVG den Spitälern und Kliniken vor, separat zur Rechnung medizinische Daten einer von den Versicherungen unabhängigen Stelle zu übermitteln.

Transparenz auf allen Ebenen

Diese Stelle muss dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB), kurz Datenschützer genannt, melden, wie sie die Daten auswertet und wie die Versicherungen diese abrufen. Der Datenschützer will so den korrekten Gebrauch dieser Daten überwachen. Dies ist wichtig, da es sich um besonders heikle Daten der Patientinnen und Patienten handelt.

Auch die Öffentlichkeit hat ein Anrecht zu wissen, wie mit den persönlichen Daten umgegangen wird. Hier muss der Datenschützer maximale Transparenz walten lassen. Wichtig sind zwei Dinge: Transparenz über die Auswahlkriterien bei der Rechnungskontrolle und über die Verwendung.

Transparenz über die Auswahlkriterien

Wichtig ist zu wissen, welche Auswahlkriterien die Datenstellen benutzen, um die Rechnungen der Spitäler zu überprüfen und welche Effekte dies hat. Werden sehr viele Rechnungen den Versicherungen zur Kontrolle empfohlen oder nur wenige? Geheimniskrämerei würde das Negativ-Image der Kassen nicht verbessern.

Transparenz über die Verwendung

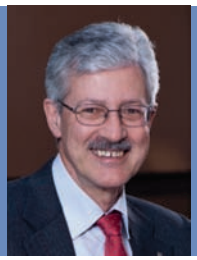
Wie werden die Daten verwendet und sind sie relevant für die Rechnungsprüfung? Wenn die Versicherungen viele Rechnungen beanstanden, aber nur wenige wirklich zu korrigieren sind, darf von einem Missbrauch ausgegangen werden. Dies ist für die Spitäler und Kliniken sehr ärgerlich, weil die interne Kontrolle aufwendig und mit Rückfragen an Ärztinnen und Ärzte verbunden ist, denen so Zeit an den Patientinnen und Patienten verloren geht.

Entscheidend ist bei der Rechnungsprüfung die Verhältnismässigkeit. Hier hat der Datenschützer bei der Zertifizierung der Datenannahmestellen eine entscheidende Rolle.

Martin Bienlein

«Für medizinische Daten wie Diagnosen und Behandlungen muss der grösstmögliche Daten- und Persönlichkeitsschutz gewährleistet werden, insbesondere bei der Rechnungsstellung an die Versicherer.»

Dr. med. Pierre-François Cuénoud, Ärztlicher Direktor, Spital Wallis



TARMED

Neuorganisation TARMED Suisse steht

Die Blockade ist überwunden. Die Tarifpartner einigten sich auf eine Neuorganisation von TARMED Suisse. Als Meilenstein unterzeichneten Ende Juni 2013 alle Tarifpartner einen Übergangsvertrag.

Was lange währt, wird endlich gut: Nach zähem Ringen hinter den Kulissen einigten sich die Tarifpartner, die blockierte Organisation TARMED Suisse aufzulösen, und beschlossen die Gründung einer neuen Aktiengesellschaft. So lässt sich ein professionelles Tarifbüro aufbauen, welches die kontinuierliche Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstruktur sicherstellt sowie neue Leistungspositionen aufnimmt. Die Berechnungsgrundlagen werden zudem überarbeitet und verbessert. Dies steht im Übergangsvertrag, den die Tarifpartner unterschrieben haben.

Professionelles Tarifbüro ab 2014

Der Übergangsvertrag legt auch die nächsten Meilensteine fest. Im April 2014 wird die neue Aktiengesellschaft TARMED Suisse gegründet. Am 1. Januar 2015 wird der operative Betrieb aufgenommen. Die alte Organisation wird bis spätestens 31. Dezember 2014 aufgelöst.

Conrad Engler

Spitalfinanzierung

Spitäler haben die Kosten im Griff

Die Spitäler und Kliniken haben die Kosten bei der Abrechnung der Fallpauschalen im Griff. Allerdings gab es Anfang 2012 Verzögerungen bei der Rechnungsstellung.

Knapp eineinhalb Jahre nach der Einführung des Fallpauschalen-Systems SwissDRG am 1. Januar 2012 ist die Bilanz aus Sicht der Spitäler und Kliniken positiv: Das Abrechnungssystem für stationäre, akutsomatische Behandlungen funktioniert technisch problemlos und die Spitäler und Kliniken haben die Kosten im Griff. Denn die von den Krankenkassen getragenen Kosten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) für stationäre Behandlungen haben im Jahr 2012 nur moderat um 1,3% zugenommen. Hätten alle Kantone bereits den ab 2017 zwingend geltenden Kostenteiler von 55% angewandt, wären die OKP-Kosten für die Versicherer im Durchschnitt sogar um 4,7% gesunken.

Weiterentwicklung zwingend

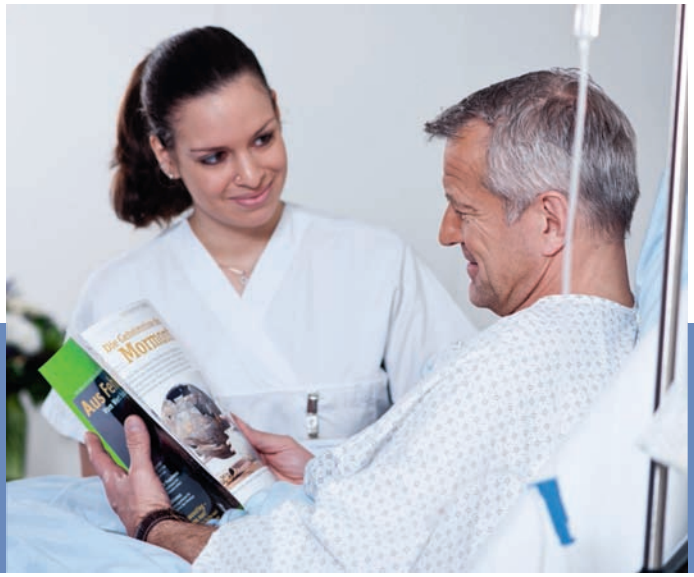
SwissDRG ist vor allem bei den hochspezialisierten und komplexen Fällen noch zu wenig differenziert und für Universitätskliniken und Zentrumsspitäler weiterhin defizitär. Bis die nötige Weiterentwicklung umgesetzt ist, sind in den kommenden Jahren unterschiedliche Basistarife bei Spitälern verschiedener Versorgungsstufen zwingend.

Rechnungsstellung 2012 war verzögert

Der Vergleich einzelner Quartale 2012 und 2013 mittels Kosten-Monitoring des BAG zum stationären Bereich ist wegen der Umstellung auf SwissDRG nicht aussagekräftig. Aufgrund der Umstellung auf das Fallpauschalen-System haben die Spitäler und Kliniken im ersten und zweiten Quartal 2012 viel weniger abgerechnet als normal. Die Rechnungsstellung der Spitäler und Kliniken verlagerte sich mehr auf das dritte und vierte Quartal 2012, in denen viel mehr Rechnungen gestellt wurden als beispielsweise im ersten Quartal 2013.

Ein ähnliches Phänomen der verzögerten Rechnungsstellung zeigte sich bereits bei der Einführung des ambulanten Tarifsystems TARMED im Jahr 2004.

Dorit Djelid



Auch nach Einführung des Fallpauschalen-Systems steht das Wohl der Patientinnen und Patienten im Zentrum.

TARMED

Finanzierungslücke bei ambulanten Leistungen

Den Spitälern und Kliniken fehlen über eine halbe Milliarde Franken aus ambulanten Leistungen. Der Arzttarif TARMED muss deshalb revidiert und aktualisiert werden.

Das KVG verlangt, dass die Spitäler und Kliniken ihre Kosten und Erträge nach Sozialversicherung und Tarif ausweisen. Sie haben dazu die Ermittlungsmethode ITAR_K entwickelt, mit der sich die tarifrelevanten Betriebskosten national einheitlich, gesetzeskonform und nachvollziehbar herleiten lassen. Diese weist ein Defizit von 534 Mio. Franken für ambulante Leistungen aus. Bisher haben die Spitäler und Kliniken diese Mindereinnahmen quersubventioniert. Dies wird jedoch durch die Kostentransparenz der neuen Spitalfinanzierung schwieriger.

Spitäler bereiten Lösung vor

Die Spitäler und Kliniken sind dabei, ihre Hausaufgaben zu erledigen und revidieren die TARMED-Struktur.

Mit dabei sind die Ärzte (FMH) und die Unfallversicherungen (MTK), nicht aber die Krankenversicherungen.

Die Kassen müssen sich darauf einstellen, das heutige Defizit in Zukunft zu zahlen. EDI und BAG werden von einer zu engen Auslegung der Kostenneutralität abrücken müssen.

Martin Bienlein

Die neue Leistungsschau der Branche

Das Gesundheitswesen wandelt sich nicht erst seit Einführung von SwissDRG. Dies zeigt der neue, webbasierte Spital- und Klinik-Monitor von H+.

Der neue Monitor von H+ macht folgende Trends der Spital- und Klinik-Branche sichtbar: Die Spitäler sind effizienter geworden, behandeln bei geringerer Aufenthaltsdauer mehr Patientinnen und Patienten, die den Spitälern bei der Zufriedenheit mit der Behandlung Bestnoten erteilen. Die Befragten bewerteten die Zufriedenheit mit der Behandlung und der Information mit der Note 9 auf einer Skala von 1 bis 10.

Anzahl Spitalbetten sinkt

Seit Ende des Zweiten Weltkriegs hat sich die Spitallandschaft stets gewandelt. Dabei lassen sich eine Wachstums- und Redimensionierungsphase unterscheiden: Die Wachstumsphase dauerte vom Ende des Zweiten Weltkriegs bis zum Anfang der achtziger Jahre. In dieser Zeitspanne wuchs die Zahl der Spitäler von 177 im Jahr 1947 auf 462 im Jahr 1982. Die Bettenzahl stieg von 35'000 auf 76'300 an.

Die Redimensionierungsphase begann Anfang der achtziger Jahre und dauert bis heute an. 2011 zählte die Schweiz noch 300 Spitäler und 38'533 Betten. Das bedeutet absolut eine Reduktion im Vergleich zum Höhepunkt 1982 um 35% bei den Spitälern und 50% bei den Betten.

Patienten bleiben weniger lange

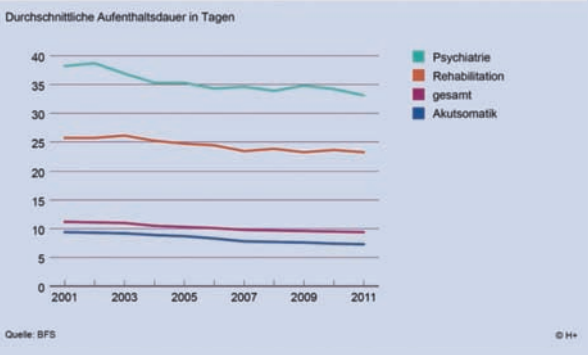
2011 betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Schweizer Spitälern und Kliniken 9,4 Tage. Das bedeutet eine Verringerung von 1,8 Tagen oder 16% gegenüber 2001. Die Aufenthaltsdauern in den verschiedenen Leistungsbereichen unterscheiden sich jedoch stark. Am kürzesten ist sie in der Akutsomatik mit 7,3 Tagen, am längsten in der Psychiatrie mit 33,1 Tagen. Die Rehabilitation weist durchschnittlich 23,2 Tage auf. In allen Leistungsbereichen ist zwischen 2001 und 2011 eine Abnahme in der Aufenthaltsdauer zu verzeichnen: Akutsomatik –2,1 Tage, Rehabilitation –2,5 Tage und Psychiatrie –5,1 Tage.

Dorit Djelid und Nicole Fivaz

Anzahl Spitäler und Anzahl Betten



Durchschnittliche Aufenthaltsdauer



Neue Dienstleistung

H+ Spital- und Klinik-Monitor

Das neue, webbasierte Kommunikationsinstrument zeigt die Leistungen, Strukturen, Entwicklungen und Trends der Branche auf.

Sie finden im neuen Monitor umfassende und stets aktuelle Daten zur Spital- und Klinik-Branche mit hochauflösenden Grafiken zum Download sowie prägnanten Erläuterungen. Die dreisprachige, webbasierte Leistungsschau ist eingebettet in die H+ Website und beinhaltet 64 anschauliche Grafiken mit entsprechenden Erläuterungen und Hintergrundinformationen. Es sind Kennzahlen zur Gesamtbranche, zur Akutsomatik, zur Rehabilitation und zur Psychiatrie verfügbar.

Dank dem individuell zusammenstellbaren PDF-Zusammenzug können Sie den Monitor zudem personalisieren.

www.klinik-monitor.ch

IMPRESSUM

H+ Bundeshaus erscheint viermal jährlich in Deutsch und Französisch.
Redaktion: Conrad Engler, Dorit Djelid, Nicole Fivaz, 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.