

Neue Finanzierungsregeln für die Psychiatrie: TarPsy, TarMed und Tarco

**PD Dr. Dr. Ulrich Michael Hemmeter,
Chefarzt, Psychiatrie St. Gallen Nord,
Zürich, 26. August 2018**

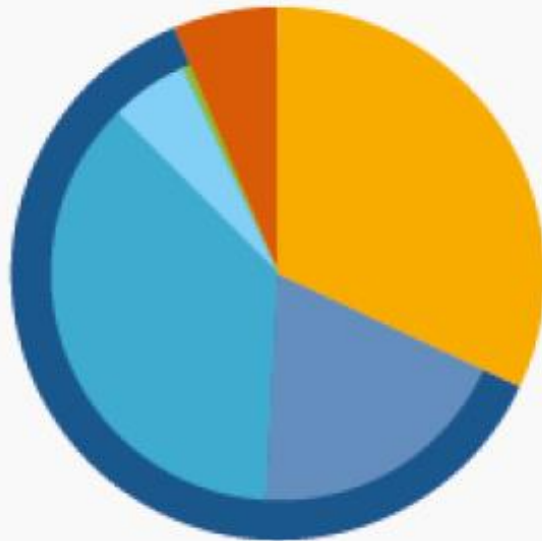


Finanzierung Schweizer Gesundheitswesen

Finanzierung des Gesundheitswesens: Quellen

Gesamtkosten 2014: 71 335 Mio. CHF (100%)

Wer die Kosten finanziert



■ Öffentliche Hand	32.1% (22 893 Mio. CHF)
■ Private Haushalte	61.7% (44 000 Mio. CHF)
■ Out of Pocket ¹	18.9% (13 466 Mio. CHF)
■ Sozialversicherungen	36.5% (26 024 Mio. CHF)
■ Privatversicherungen	5.8% (4 134 Mio. CHF)
■ Andere ²	0.5% (375 Mio. CHF)
■ Unternehmen	6.2% (4 442 Mio. CHF)

© Interpharma

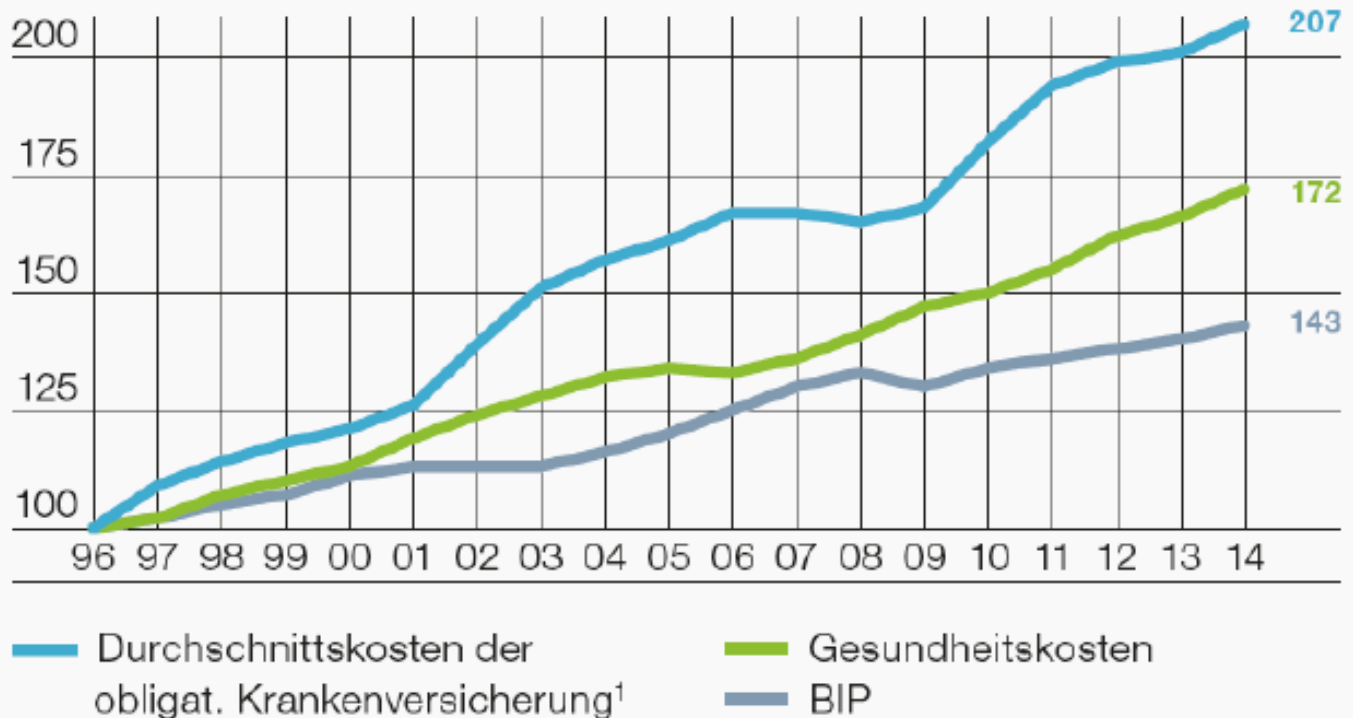
Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik, 2016.

Ausgaben, die nicht durch Versicherungen gedeckt sind (Selbstbehalt, Ausgaben bis zur Franchise).
Spenden, Vermächtnisse.

Entwicklung der Indizes des BIP, der Gesundheitskosten und der monatlichen Durchschnittsprämien

Die Prämien stiegen in den letzten 20 Jahren 35% stärker als die Gesundheitskosten.

Index: 1996 = 100, teuerungsbereinigt

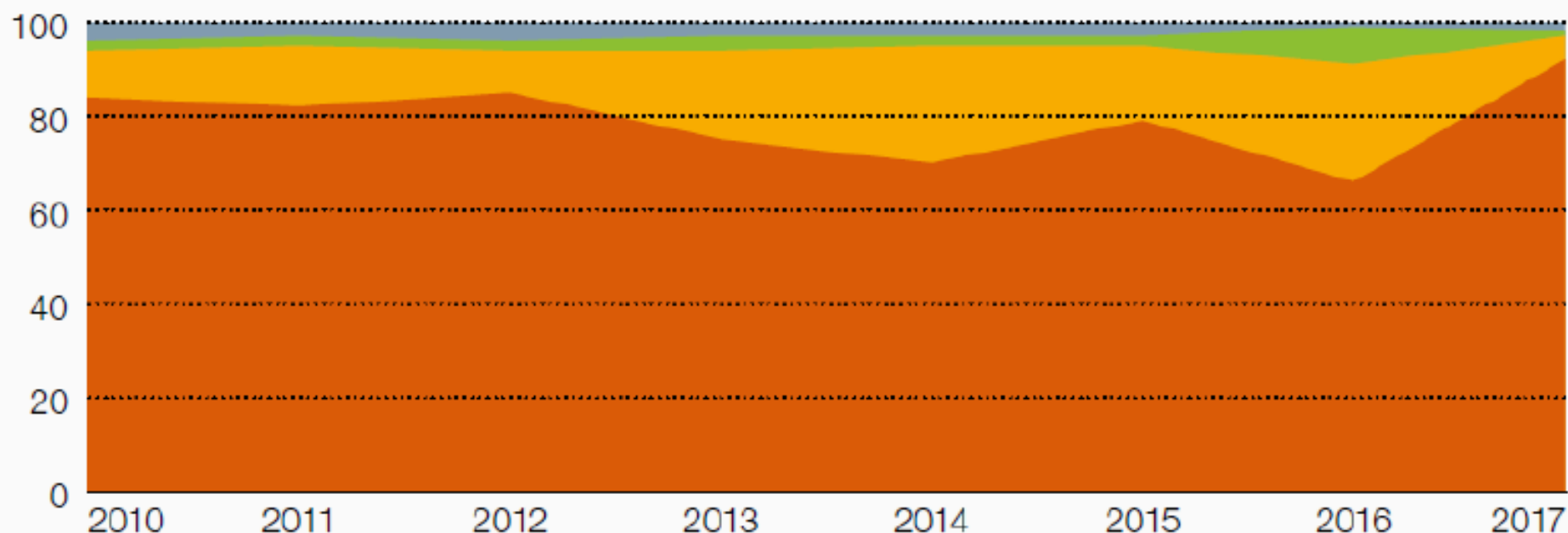


Quelle: Seco, 2016; Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik, 2016; Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2014, Bundesamt für Gesundheit, 2016; Teuerungsbereinigung durch Interpharma.

5 | Aussagen zum schweizerischen Gesundheitswesen

«Welche der folgenden Aussagen trifft Ihrer Meinung nach auf das schweizerische Gesundheitswesen am ehesten zu?»

In % Stimmberechtigter



■ Weiss nicht / keine Antwort

■ Die Kosten des Gesundheitswesens werden bald abnehmen

■ Die Kosten des Gesundheitswesens können stabilisiert werden

■ Die Kosten des Gesundheitswesens werden weiterhin zunehmen

«**Wenn die Prämien** in einem Jahr viel stärker ansteigen als die Löhne, sollen **automatisch Massnahmen zur Kostenbegrenzung** ausgelöst werden wie z.B. eine Deckelung der Leistungen.»

Einverstanden damit: **61%** Stimmberechtigten

Quelle: gfs.bern, Gesundheitsmonitoring2017: Befragung von 1200 Stimmberechtigten.

Die Treiber und Herausforderungen für die Versorgung sind gegeben ...



FMH

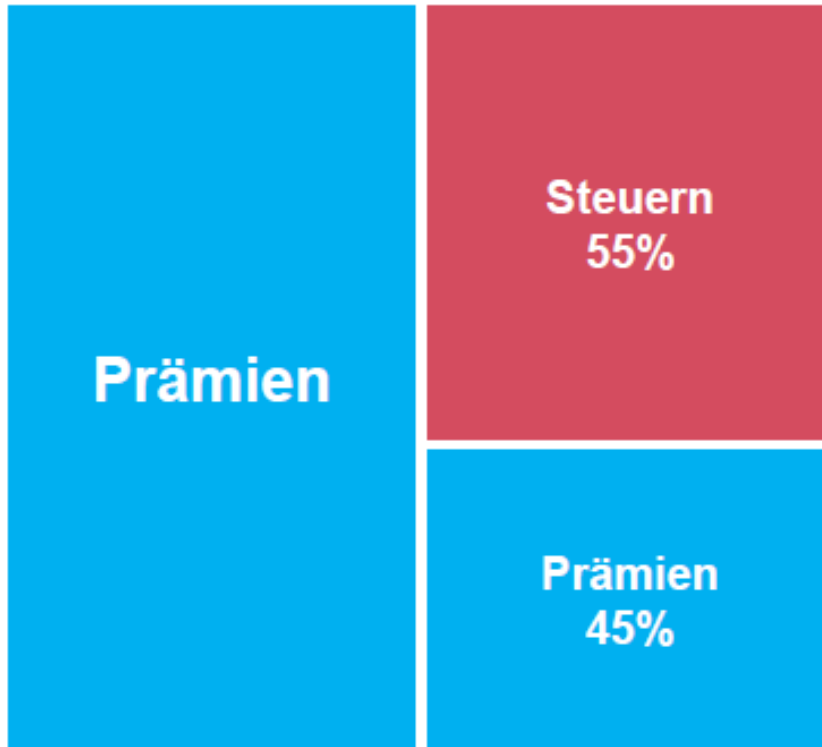
«Kantone machen sich stark für konkrete Massnahmen: Im Interesse der Patienten, der Steuer- und der Prämienzahler»

- RR Heiniger, ZH, 16.6.2017, Medienmitteilung:
 - «Mit «Ambulant vor stationär» können die **Gesundheitskosten** sofort und ohne grossen bürokratischen und politischen Aufwand ganz konkret und **erheblich gesenkt werden.**»

Aktuelle Vergütung

AMBULANTE
Leistungen

STATIONÄRE
Leistungen



Solange eine ambulant durchgeführte Operation und Behandlung mehr kostet als 45% der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Operation und Behandlung, sind **ambulante Operationen für die Prämienzahler teurerer als stationäre.**

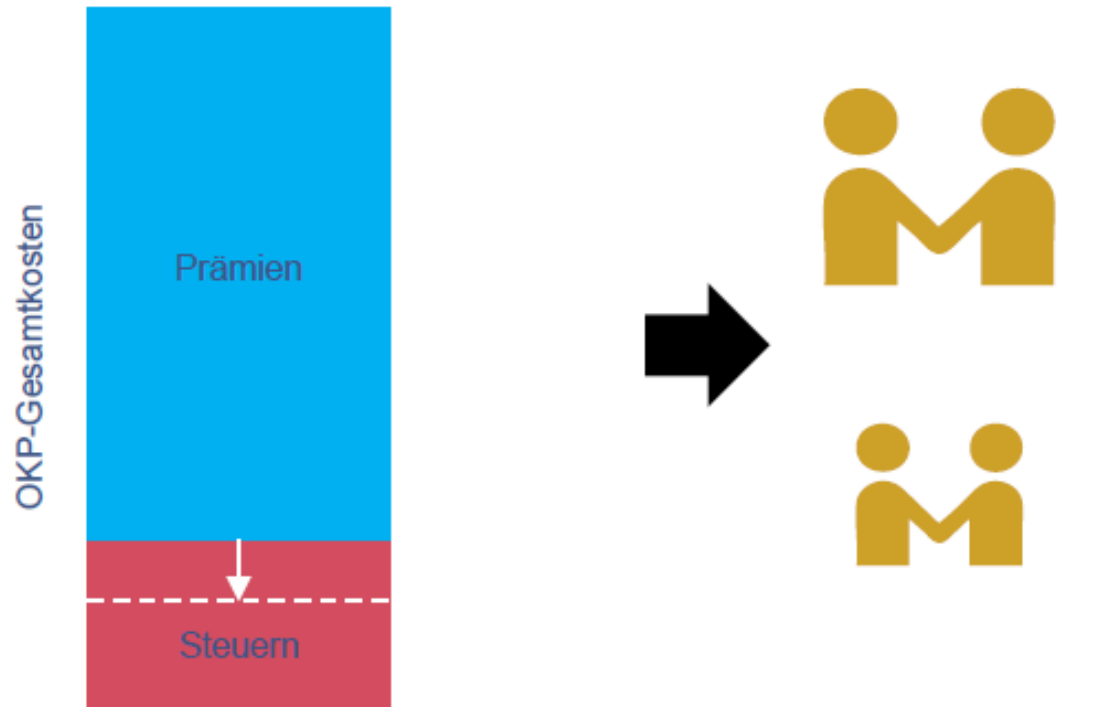
Ungleiche Finanzierung der Versorgungs-Bereiche - schafft Fehlanreize und - bremst Entwicklungen – Position der FMH

Folgen:

Prämien steigen deutlich stärker als Gesundheitskosten



Ungleiche Finanzierung schwächt die Solidarität



Der Steueranteil sinkt

Die Solidarität
zwischen reich und arm
nimmt ab.

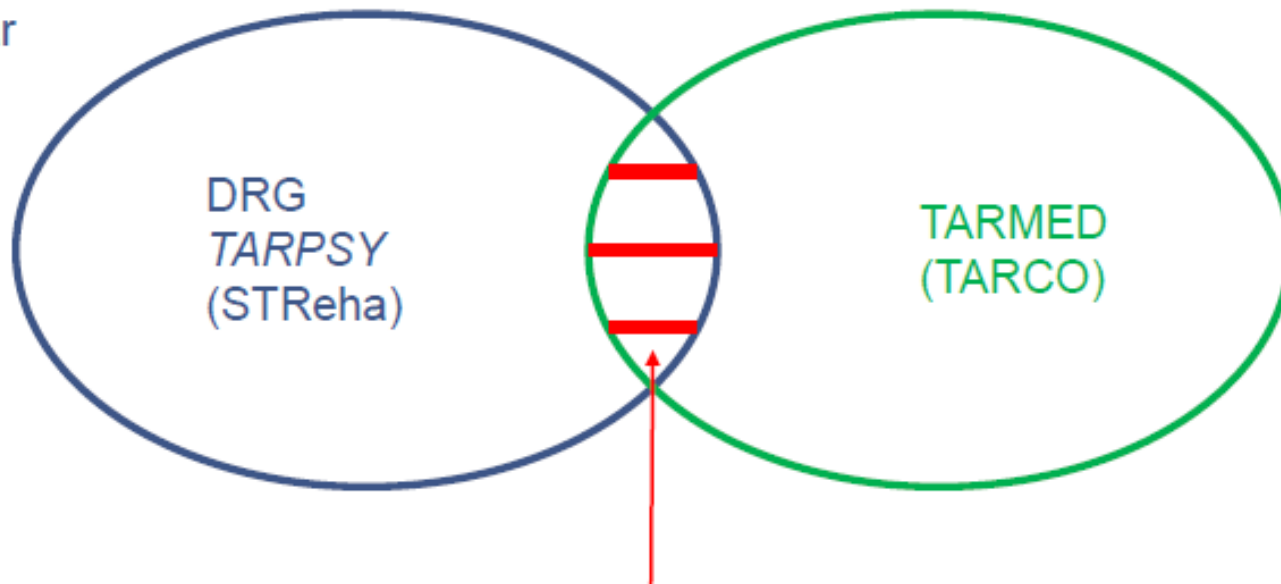
Ungleiche Finanzierung und die Folgen

Fazit

1. «ambulant vor stationär» spart **volkswirtschaftlich** Geld, also Gesundheitskosten.
2. Eingespartes Geld **entlastet** primär die **Kantone**: Steuererhöhung vermeiden.
3. «ambulant vor stationär» **belastet** primär die **Prämienzahler** und verstärkt die Prämiensteigerung.
4. **Kantone beschleunigen** «ambulant vor stationär» und damit auch die **Prämiensteigerung**.
5. **Bund und Parlament bekämpfen Prämiensteigerung** mit Tarifiereduktion und Globalbudget-Anträgen.
6. Tarifiereduktion und Globalbudget führen zu Wartelisten und Zusatzversicherungen.

Das Problemfeld

stationär



ambulant

Schnittstelle ambulant – stationär - ambulant

Aktuelle Finanzierung Psychiatrie



Das aktuelle «Tariffeld»

stationär



DRG
TARPSY
(STReha)

ambulant

TARMED
(TARCO)

Dr. med. J. Unger Köppel, Bern , **Departement Stationäre Versorgung und Tarife,**
Bern 31.08.2017



Spitalfinanzierung

Bis Ende 2011	Ab 2012
Ungleiche Finanzierung öffentlicher und privater Spitäler	Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler in Bezug auf Finanzierung und Planung
Objektfinanzierung: Spitalbetrieb wird finanziert	Subjektfinanzierung: Leistungen des Spitals werden finanziert (unter Einbezug der Investitionskosten)
OKP deckt höchstens 50% der Betriebskosten öffentlicher und öffentlich-subventionierter Spitäler, Restfinanzierung durch Kantone	Dual-fixe Finanzierung stationärer Leistungen: Kantone vergüten mindestens 55%, OKP vergütet höchstens 45%
Unterschiedliche Tarifsysteme (Tagespauschale, Abteilungspauschale, diagnosebezogene Pauschalen, etc.)	Leistungsbezogene Pauschalen, basierend auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen
Kantonaler Beitrag an die ausserkantonale Hospitalisation nur bei medizinischer Indikation	Freie Wahl eines Listenspitals in der ganzen Schweiz und Beitrag Wohnkanton
Im Rahmen der Rechtsprechung definierte Planungskriterien	Verankerung der Planungskriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität auf Verordnungsebene



Ziele und Reformstrategie

- **Kosteneindämmung** durch wirtschaftliche Anreize
 - ohne die Solidaritätselemente der sozialen Krankenversicherung auszuhöhlen
 - ohne Abbau wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher Leistungen (kein Transfer ganzer Leistungsbereiche in die Zusatzversicherungen, Beibehaltung des Prinzips, dass die OKP die wesentlichen Leistungen abdeckt)
 - ohne Qualitätsabbau (Qualitätssicherung zusammen mit Effizienzsteigerung)
- Verstärkung des **Wettbewerbs** und Erhöhung der **Effizienz** in der Leistungserbringung
- Erhöhung der **Transparenz** in Bezug auf die Kosten und die Qualität der medizinischen Leistungen

TARPSY

TARPSY - Grundlagen

- Schweizweit einheitliche Vergütung der **stationären** Psychiatrie
- **Einführung** schweizweit auf **01.01.2018** definitiv
- System aus **leistungsbezogenen Tagespauschalen**
 - Gruppierung in sog. «psychiatric cost groups» (PCG's)
 - Abstufung zwischen und innerhalb PCG`s über Schweregrad und Aufenthaltsdauer
 - Med. Statistik bildet die Grundlage zur Abrechnung und Weiterentwicklung des neuen Tarifsystems

Psychiatric Cost-Groups

(PCG):

- Hauptdiagnose als Kostentrenner
- Einteilung in 10 Basis-PCG's und 22 Abrechnungs-PCG's

Hauptdiagnose		Verwendung in TARPSY Version 1.0	
F0	Organische und symptomatische psychische Störungen	TP24	Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS
F10	Alkohol	TP20	Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11-F19	Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	TP21	Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Drogen und anderen Substanzen
F55	Substanzmissbrauch		
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	TP25	Schizophrene oder akut psychotische Störungen
F3	Manische und bipolare Störungen	TP26	Affektive Störungen
F28-F39	Depression und andere affektive Störungen, ohne manische und bipolare Störungen	TP27	Depressive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	TP28	Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen
F5, F7-F9	Körperliche, Intelligenz und Entwicklungsstörungen	TP30	Körperliche-, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	TP29	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Non F	Keine F-Diagnose als Hauptdiagnose	TP70	Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose

Determinanten TARPSY

Vergütungsrelevante Faktoren TARPSY	Vergütungsrelevante Faktoren bis 2018
PCG-Casemix <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hauptdiagnosen</i> 	Aufenthaltsdauer
DMI (Day Mix Index; auch hauptdiagnoseabhängig) <ul style="list-style-type: none"> • <i>HoNOS/Nebendiagnosen (somat. u. psych.)</i> • <i>Alter</i> • <i>Aufenthaltsdauer/ Wiedereintrittsrate (Fallzusammenführung innerhalb 18 Tage)</i> 	Fall (-zahlen)
	Tagespauschale (Tarif)
Fall (-zahlen)	
Baserate (Grundtarif)	

Determinanten TARPSY

DMI (Day-Mix-Index)

- Mass für die **Vergütung/ Fallschwere**
- Errechnet sich aus folgenden Faktoren:
 - Hauptdiagnose
 - HoNOS
 - Nebendiagnosen
 - Alter
 - Aufenthaltsdauer/Wiedereintrittsrata

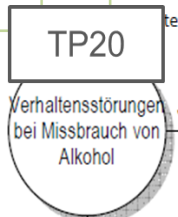
2 Determinanten TARPSY

Nebendiagnosen:

- Nur ausgewählte Nebendiagnosen je PCG sind abrechnungsrelevant
- Umfassender Katalog an Nebendiagnosen je PCG
- Sowohl somatische als auch psychiatrische Nebendiagnosen müssen kodiert und erfasst werden in der Med. Statistik

2 Determinanten TARPSY

Hauptdiagnose		Verwendung in TARPSY Version 1.0	
F0	Organische und symptomatische psychische Störungen	TP24	Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS
F10	Alkohol	TP20	Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11-F19	Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	TP20	Verhaltensstörungen bei Missbrauch von
F55	Substanzmissbrauch		
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen		
F3	Manische und bipolare Störungen		
F28-F39	Depression und andere affektive Störungen, ohne manische und bipolare Störungen		
F4	Neurotische, Belastungs- und	TP28	Neurotische-, Belastungs- oder



TP20B Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol, ohne komplizierende Nebendiagnose, Alter > 17 Jahre

Verweildauer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Kostengewicht pro Tag	1.233	1.205	1.176	1.148	1.120	1.091	1.063	1.034	1.006	1.002	0.999	0.995	0.991	0.988	0.984	0.980	0.977	0.973	0.969	0.966
Verweildauer	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Kostengewicht pro Tag	0.962	0.958	0.955	0.951	0.947	0.944	0.940	0.936	0.933	0.929	0.925	0.922	0.918	0.914	0.911	0.907	0.903	0.899	0.896	0.892
Verweildauer	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	ab 60
Kostengewicht pro Tag	0.888	0.885	0.881	0.877	0.874	0.870	0.866	0.863	0.859	0.855	0.852	0.848	0.844	0.841	0.837	0.833	0.830	0.826	0.822	0.819

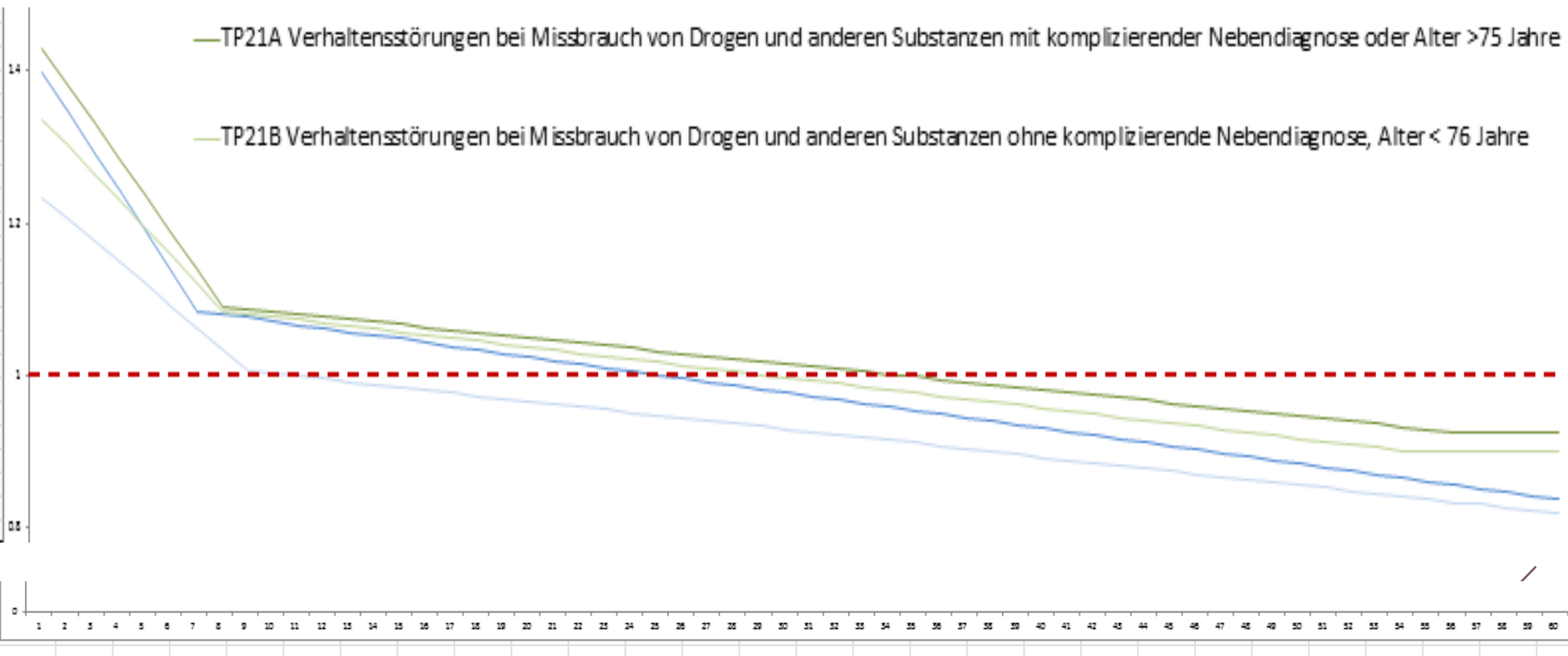
Abrechnung unter TARPSY: 16 Tage * **0.980** * **Baserate** (Tagesgrundpreis) =

Fallerlös

Mittelwert aller Kostengewichte = Ø DMI

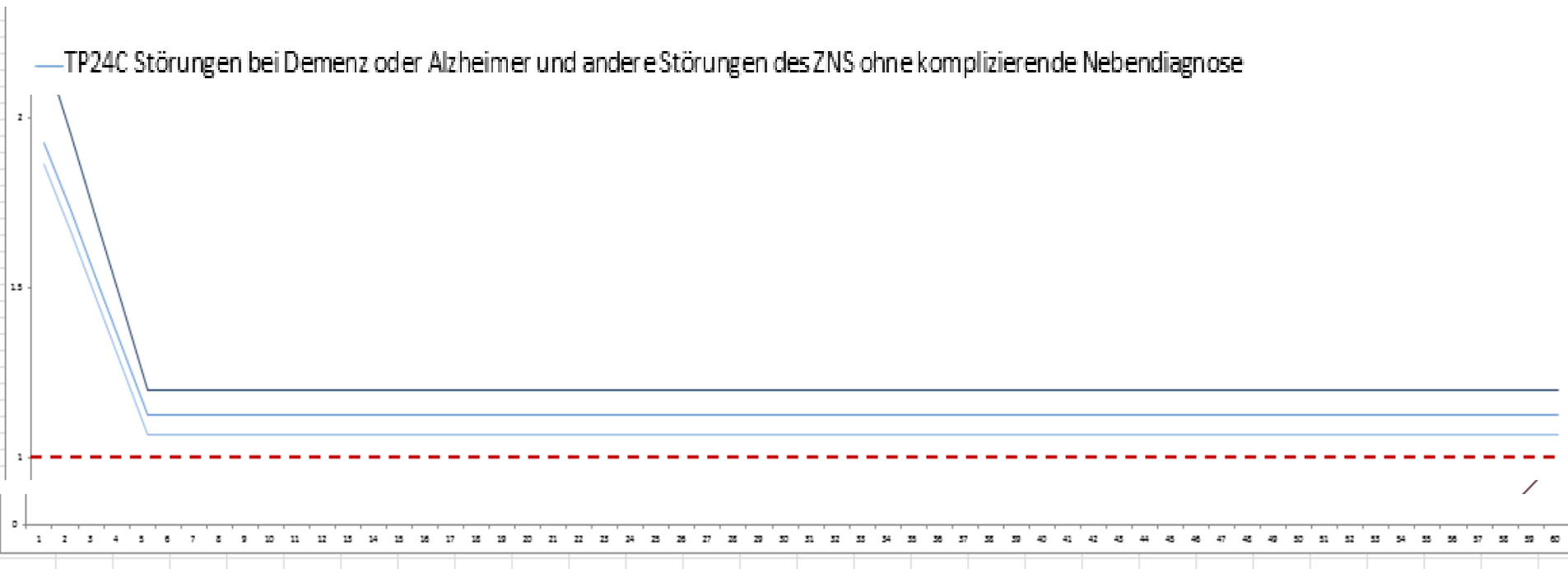
Kostengewichte in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer TP20 und 21 (A und B)

- TP20A Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol mit komplizierender Nebendiagnose oder Alter < 18 Jahre
- TP20B Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol ohne komplizierende Nebendiagnose, Alter > 17 Jahre
- TP21A Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Drogen und anderen Substanzen mit komplizierender Nebendiagnose oder Alter >75 Jahre
- TP21B Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Drogen und anderen Substanzen ohne komplizierende Nebendiagnose, Alter < 76 Jahre



Kostengewichte in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer TP24 (A, B und C)

- TP24A Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS mit komplizierender Nebendiagnose, mit Delir oder Alter < 18 Jahre
- TP24B Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS mit komplizierender Nebendiagnose, ohne Delir, > 17 Jahre
- TP24C Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS ohne komplizierende Nebendiagnose



Folgen

- Nicht alle PCGs haben die gleiche Degression
- Manche PCGs gehen früher, manche später unter einen DMI von 1,
- Manche PCGs gar nicht (TP24 – Demenz, TP26 –affektive Störungen –bipolar)
- Eine Verkürzung der AUD führt nicht bei allen PCGs (Diagnosen) zu gleich höherem Ertrag
- Cave! leerstehende Betten bei Verkürzung der AUD – oder notwendige Fallzahlerhöhung mit vermehrtem Aufwand
- Ertrag/Kostenrechnung auch für Pat.en / Stationen mit langer AUD machen
- DMI pro Diagnosegruppe, pro stationärer Behandlungseinheit in Abhängigkeit von AUD, HoNOS, Nebendiagnose zu berechnen

Behandeln nach Indikation, nicht nach Ökonomie

Es soll/muss so verhandelt werden, dass die Leistungen auch bezahlt werden

Kodierrevision vs. Überprüfung der Spitalbedürftigkeit

Thema: Kostengutsprachen

Kodierrevision:

Stichprobe von 5% der Fallzahlen (min. 30, max. 150 Fälle)
durch Revisor (Tarpsy)

Veränderte Praktik der Kassen:

Einzelne KK verlangen nun keine Kostengutsprachen mehr

Die KK können einen Teil der Patienten anhand der KGs bgl.

- korrekter Dokumentation und Klassifikation (kostenlos) überprüfen
- Kriterium vorhandene (akute) Spitalbedürftigkeit

(hat nichts mit Tarpsy zu tun – wird aber als Argument genommen)

- Daher Dokumentation der Defizite und der noch vorhandenen Behandlungsbedürftigkeit wird wichtiger

CHOP-Codes – mögliche Zusatzvergütung bei Tarpsy - Schweizerische Operationsklassifikation

Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik
Kap. 94.xx

Uebersetzung alte Codes: -u.a.

94.02 Durchführung von psychologischen Tests

Durchführung des visuellen Retentionstests Benton

94.03 Charakteranalyse

94.08 Sonstige psychologische Untersuchungsverfahren

94.09 Psychologische Erhebung des Geisteszustandes,
n.n.bez.

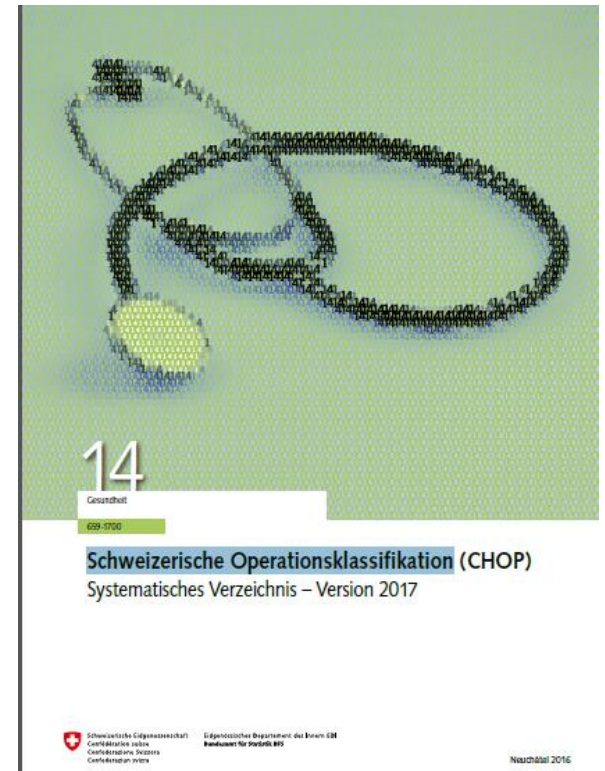
94.21 Narkoanalyse, Narkosynthese

94.22 Lithiumtherapie

94.23 Neuroleptikatherapie

94.24 Chemische Schocktherapie

94.25 Sonstige Pharmakotherapie



Liste wurde am 08.02.18
bereinigt, muss nun noch
definitiv genehmigt werden

Neue CHOP Psy 2018 - Antrag 2016 (1)

Komplexbehandlungen, Mindestmerkmale müssen erfüllt sein

- **Krisenintervention** 94.35.1 Erwachsene, 94.35.2 Kinder- Jugendliche
 - Erfassen Pro Tag,, nach Anzahl Std / Tag , mindestens 4
- **1:1 Betreuung** 94.3D Erwachsene, 94.3E Kinder-Jugendliche
 - Erfassen pro Tag nach Anzahl Std , mind 2
- **Belastungserprobung** 94.3G
 - pro BE nach Anzahl Std Abwesenheit
- **Psychotherapeutische- psychosomatische Komplexbeh. 94.3A.1**
 - 6TE Psychotherapie / Woche (Gruppe oder Einzel) + 360 Min weitere Therapie , Erfasst pro Woche
- **Integrierte klinisch psychosomat. Komplexbehandlung 94.3A.2**
 - 5 TE Pschotherapie + 180 Min weitere Therapie , erfasst pro Wo

Neue Kode 2018 - Antrag 2016 (2)

Alterspsychiatrie

94.3B Komplexbeh. des polymorbiden, alterspsych. Patienten

- Ass, Intensive Pflege, Therapie mind 5 TE , davon 2 Psychotherapie und 2 weitere Therapien

94.3C Komplexbeh. bei Demenz

- Ass, Intensive Pflege, Angehörigengespräch Therapie nach Möglichkeit der Pat.

94.15 Alterspsych. Assessment

94.6A Qualifizierter Entzug

- 10 Std Therapie pro Woche mit 3 Std Psychoth.(E und Gruppe) und 7 Std weitere Therapie

2019 neu aufgenommene CHOP - Codes

1. 94.3G Komplexbehandlung Anorexie in der Psychiatrie
2. 94.4A Mutter- Kind Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie
3. 94.4B Kind-Eltern-Setting bei psychosomatischen Störungen von Kindern-und Jugendlichen
4. 94.6A.2 Entwöhnungsbehandlung bei Substanzabhängigkeit
5. 94.16 Multiaxiale Diagnostik bei psychischen Störungen in KJPP
6. 94.A3 MAS Achse 6 Globalbeurteilung

Noch in Vorbereitung / Diskussion für 2020

1. xx.xx rTMS (in Kap. interventionelle Verfahren)
2. xx.xx aufwändige psychologische Testuntersuchung

Für die Psychiatrie relevante CHOP – Codes in der Somatik

1. Xx.xx. Psychiatrisches Konsil
2. xx.xx psychiatrische Liaisonbehandlung
3. 94.92 multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst

Antragsverfahren

- TARPSY ist ein lernendes System
 - Regelmässig neue Version basierend auf Leistungs- (Kodier-) und Kostendaten .
 - Anträge können gestellt werden zu
 - Struktur des Tarifs (z.B. Prüfen neuer Splits der Basis PCG, z.B. mehrere Nebendiagnosen)
 - Prüfen Relevanz einzelner Leistungskode (CHOP)
 - Neue CHOP-kode , die ev später ertragsrelevant werden.
 - Das dauert □ ..

Leistungsabbildung mit CHOP - Kode

Welche Leistung ?

- a) spezielle Leistung, die eine spezielle Patientengruppe erhält
- b) Genau definierte Leistung --- potentieller Kostentrenner
- c) nur aufwändige Leistung bedenke Aufwand von Dokumentation und Erfassung
- d) Routineleistung ist mit Diagnose abgebildet

Zeitachse : Es dauert mind. **5 Jahre** von Antrag zu Erlösrelevanz :

2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antrag					
	BFS bearbeiten				
		Kode gültig, in Klinik erfassen			
			SwissDRG kalkulieren		
				Tarif genehmigen	
					Erlösrelevanz

Beispiel
Vorschlag von
FMH-Tarife Spital

Dokumentations-Muster der FMH

Dieses Dokumentations-Muster kann vom Anwender je nach Bedarf angepasst werden. Das Ausfüllen des Dokumentations-Musters erfolgt durch die involvierten Disziplinen und abschliessend durch den verantwortlichen Arzt. Es dient als Unterstützung beim Kodieren der erbrachten Leistung.

Alle Angaben sind ohne Gewähr.

Das Dokumentations-Muster basiert auf der **CHOP 2018**, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2017.

Hinweis: Zu diesem Dokumentations-Muster gehört ein Beiblatt



Zertifizierung

Anerkennung als Weiterbildungsstätte für stationäre Alterspsychiatrie und -psychotherapie durch das SIWF (Schweiz. Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung FMH)

Patientendaten

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Patientennummer:
Spitaleintritt / -austritt:

94.3C	Komplexbehandlung bei Demenz mit psychiatrischen und psychoorganischen Komplikationen, nach Anzahl Behandlungstage	Zutreffendes bitte ankreuzen ja nein	
1	Indikation		
	Interdisziplinäre und interprofessionelle komplexe Behandlung von Patienten mit Demenz mit schweren psychiatrischen oder psychoorganischen Komplikationen, z.B. mit Störung der Allgemeinheit und/oder Eigen- und Fremdgefährdung		
2	Assessment		
	1. Alterspsychiatrisches interdisziplinäres Assessment zu Beginn der Behandlung, daraus abgeleitete Behandlung entsprechend einem übergeordneten Behandlungsziel und erneutes Assessment vor der Entlassung. Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung des Assessments oder einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen		
	2. Klinische Psychologie: Mindestens 1 psychologisches/neuropsychologisches Assessment und darauf aufbauende Behandlungsplanung		

Dokumentations-Muster der FMH

Dieses Dokumentations-Muster kann vom Anwender je nach Bedarf angepasst werden. Das Ausfüllen des Dokumentations-Musters erfolgt durch die involvierten Disziplinen und abschliessend durch den verantwortlichen Arzt. Es dient als Unterstützung beim Kodieren der erbrachten Leistung.

Alle Angaben sind ohne Gewähr.

Das Dokumentations-Muster basiert auf der **CHOP 2018**, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2017.

Hinweis: Zu diesem Dokumentations-Muster gehört ein Beiblatt.

		Patientendaten Name: Vorname: Geburtsdatum: Patientennummer: Spitaleintritt / -austritt:
➔	Zertifizierung Anerkennung als Weiterbildungsstätte für stationäre Alterspsychiatrie und -psychotherapie durch das SIWF (Schweiz. Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung FMH)	
	Team bestehend aus Fachpersonen:	
	a) dipl. Pflegefachpersonen aus Psychiatrie und Akutsomatik	
	b) dipl. Psychologen mit Weiterbildungstitel Neuropsychologie oder klinische Psychologie oder in Weiterbildung dazu	
	c) Physio- und Ergotherapeuten	
5	Therapiekontrolle, -planung und Dokumentation	
	Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele	
6	Austrittsplanung	
	Die Austrittsplanung wird wöchentlich in der Teambesprechung überprüft und angepasst. Sie erfolgt in enger Abstimmung mit dem externen Nachbehandlungsteam, sowie auch den Angehörigen des Patienten	
7	Anzahl Behandlungstage:	

Beispiel

Vorschlag von
FMH-Tarife Spital

Gibt es auch für die
Anderen CHOP-Codes

s. Link unten:

Dort finden sich auch
weitere Vorschläge

Abrechnung von bereits bestehenden CHOP-Codes psychiatrie st.gallen nord

99.C1 Pflege-Komplexbehandlung

Definition und Beschreibung der 6 Leistungsgruppen und deren Pflegeinterventionsprofile

aus der Somatik - möglich

(Arbeits-)Kode	Leistungsgruppen/Pflegeinterventionsprofile			
1	Leistungsgruppe 1: Bewegung	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwendepunkte pro Tag
1.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Bewegung gegenüber den routinemässig erbrachten Leistungen.	Änderung der Körperposition-Lage und/oder Mobilisation (Dekubitus-, Kontraktur-, Thrombose-, Pneumonieprophylaxe, therapeutische Lagerung usw.).	mindestens 12 x tägl.; davon maximal 4 Mikrolagerungen	1
1.2		Mobilisation aus dem Bett und - aufwendiges An-/Ausziehen von Hilfsmitteln (Gilet, Halbkragen, Hüftschutz-protector, Korsett, Prothesen usw.) oder - Anwendung von Techniken zur Tonusregulierung und Bewegungs-/Haltungskontrolle	mindestens 2 x tägl.	1
1.3		Mobilisation aus dem Bett und - systematisches Gehtraining mit Einsatz von Gerüsten/Hilfsmitteln (Eulerbügel, Gehstöcke, Gehwagen usw.) oder - systematisches Gehtraining unter Anwendung von Techniken zur Tonusregulierung und Bewegungs-/Haltungskontrolle oder - systematisches Gehtraining nach therapeutischen Standards/Konzepten	mindestens 2 x tägl.	1
2	Leistungsgruppe 2: Körperpflege	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwendepunkte pro Tag
2.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Körperpflege gegenüber den routinemässig erbrachten Leistungen.	Mehrfache Übernahme der Körperpflege/waschung	mindestens 4 x tägl., davon mindestens 1 Ganzkörperwäsche	1
2.2		Systematisches Selbstversorgungs-Waschtraining zur Erlangung größtmöglicher Selbständigkeit bei der Körperpflege (baden, duschen; Körperteile oder den ganzen Körper waschen)	mindestens 2 x 30 Min./tägl.	1

Medikamentenliste – erstattungsfähige – teure Medikamente

Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen

gültig ab dem 1. Januar 2018

Stand: 22.12.2017 mit Anpassung in Spalte B unter B02BD08 und zusätzlicher Aufnahme von J05AP57



ATC Code	Medikament / Substanz ¹⁾	zu codierende Zusatzangaben ²⁾	Einschränkung ³⁾	Verabreichungsart ⁴⁾	Einheit ⁵⁾	zu erfassen seit
A07AA12	Fidaxomicin			O	mg	01.01.2015
B01AB02	Antithrombin III			IV	U ¹⁰⁾	01.01.2010
B01AC21	Treprostinil			IV, SC	mg	01.01.2016
132	N05AH01 Loxapin ⁹⁾			Inhal, O	mg	01.01.2018
133	N05AH03 Olanzapin ⁹⁾	Präparat ⁷⁾	Depotinjektion	IM	mg	01.01.2017
134	N05AX08 Risperidon ⁹⁾	Präparat ⁷⁾	Depotinjektion	IM	mg	01.01.2017
135	N05AX12 Aripiprazol ⁹⁾	Präparat ⁷⁾	Depotinjektion	IM	mg	01.01.2017
136	N05AX13 Paliperidon ⁹⁾	Präparat ⁷⁾	Depotinjektion	IM	mg	01.01.2017
137	R07AA02 Surfactant			ET	mg	01.01.2010

Zusatzentgeltkatalog 2018

Auszug aus dem Fallpauschalen-Katalog

Anlage 2 und 3

SwissDRG-Version 7.0

Abrechnungsversion (2018)

Stand: 01.12.2017

Aktueller Stand der Entwicklung

- TARPSY-System 1.0 - Einführung auf 1.1.2018 in der Erwachsenenpsychiatrie
- Kinder-Jugendpsychiatrie – Übergangsphase bis 1.1.2019
- Integration der Psychiatrie ins Codierungshandbuch des BFS 2018
- erhöhte Anforderungen an die Codierungsqualität
- Stichprobenartige Überprüfung
- **CHOP Codes im Kapitel Psychiatrie werden aktualisiert**
- noch nicht abgeltungsrelevant, sollen/müssen aber codiert werden
- Erfassung teurer Medikamente und teurer Behandlungen - Vergütung möglich
- administrativer Urlaub, schweizweite einheitliche Abrechnung von Abwesenheiten der Patienten > 24 Stunden
- Kontinuierliche Weiterentwicklung
(Anträge können bei der FMH bzw. Swiss DRG eingereicht werden)
- **neue Version TARPSY 2.0 – Änderungen gegenüber TARPSY 1.0 her geringfügig
Einführung 1.1.2019**

Forderung der FMH für TARPSY 2.0 ff

- Bessere Ausdifferenzierung der **Gerontopsychiatrie**
 - Altersgruppen 65-79 und 80+ prüfen
- Differenziertes Modell **Kinder- und Jugendpsychiatrie**
 - Altersgruppen < 14 und 15-17 prüfen
 - MAS, falls HoNOSCA: tarifrelevante Dimensionen eruieren
- Auswirkungen **multipler Nebendiagnosen** untersuchen
- **Relevante CHOP-Kodes** integrieren
- **Datenqualität** verbessern
- Lösung für **Tages- und Nachtkliniken** erarbeiten
- **Begleitforschung**

- Vgl. [Stellungnahme der FMH zu TARPSY 1.0](#)

Zudem in der Stellungnahme, Nebendiagnosen mit klin. Erfahrung abgleichen
Grössere Schwankungen in den Kostengewichten von Vers. 1 zu Vers. 2
Daher Vorschlag, Datenbasis – 2 Jahre (nicht 1 Jahr)

Tarpsy Version 2.0

Fazit:

Die Gruppe der > 65-jährigen verliert 1 % in der Kostendeckung (von 99 % nach 98 %)

Der DMI sinkt in dieser Gruppe von Version 1.0 nach 2.0 um 0,002 von 1.024 auf 1.022 (also um 0,17 %)

(erneute) Einbussen v.a. bei Abhängigkeitserkrankungen

Ausblick:

Die Version 3.0 kommt erst auf 2021 basierend auf den Daten von 2018. Der CHOP Code Katalog wurde auf 2019 wieder angepasst und eben gerade publiziert, dieses Mal v.a. reduziert. Es wurden nur wenige neue Codes aufgenommen oder alte Codes angepasst.

STK- Ständige Tarifkommission

CPT- Commission permanente des tarifs

Alexander Zimmer

Jörg Leeners

Uli Hemmeter

(Alain Germond)

Hanspeter Bringolf

Matthias Hilpert

Präsident

SGKJPP Institutionen

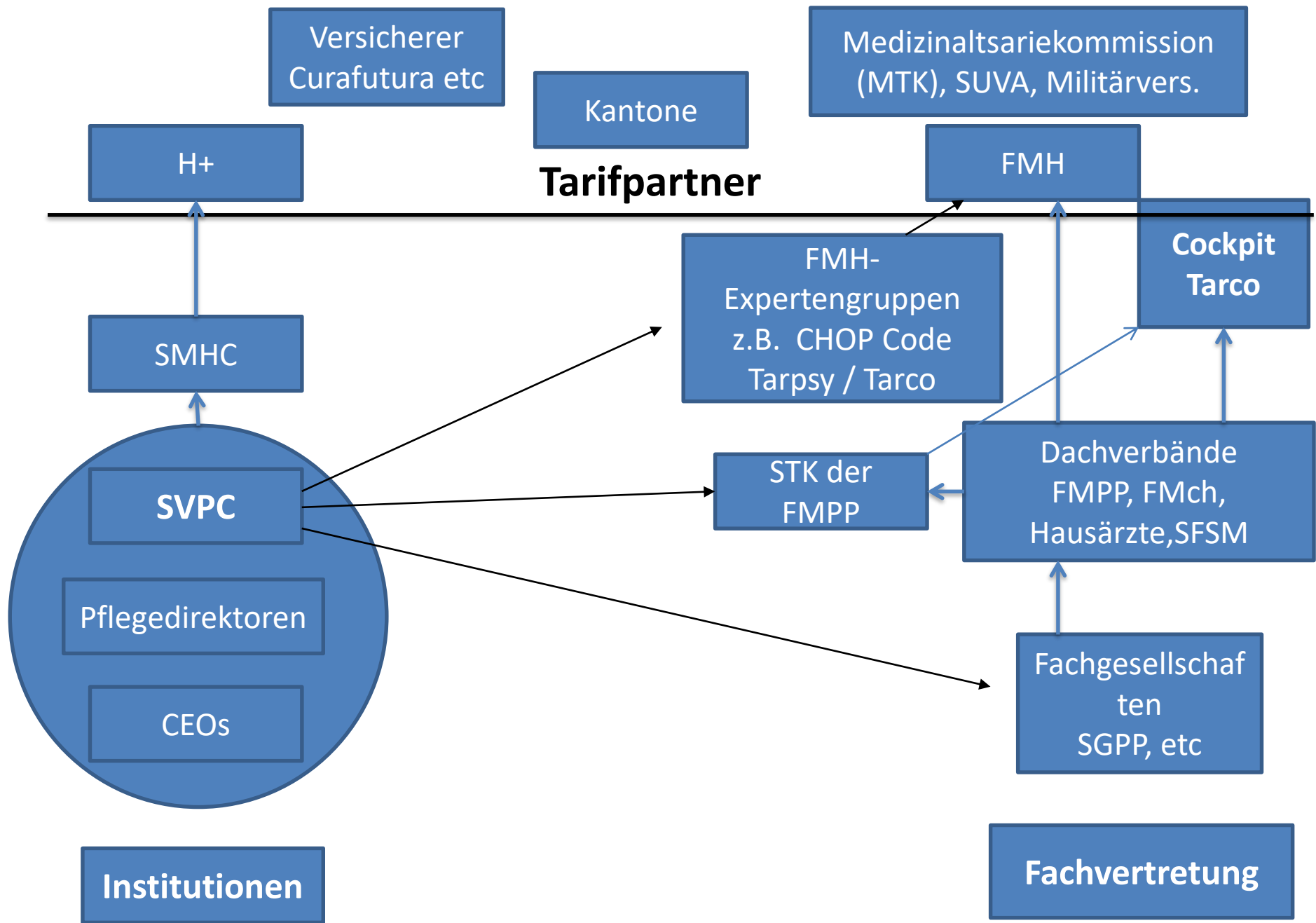
SGPP / SVPC

SGPP Praxis

SGKJP Praxis

SGPP Ressort Tarpsy

Organisationen und Vertretung der Psychiatrie



TARMED

TARMED

Zweiter Tarifeingriff des Bundesrates

- Trat per Verordnung am 1. Januar 2018 in Kraft.
- Ziel des Bundesrates sind **Einsparungen von 470 Mill. Franken.**
- Die Einsparungen treffen alle Facharzt Disziplinen (am wenigsten die Hausärzte).
- **Psychiatrie**: je nach „Warenkorb“ einer Psychiatrischen Praxis **minus 3-5%**.
- Der 2. Tarifeingriff macht aus dem Tarmed einen **politischen** Tarif.
- **Fehlende Sachgerechtigkeit, fehlende Betriebswirtschaftlichkeit.**
- Der geplante Tarifeingriff spaltet die Tarifpartner und gefährdet die Tarifpartnerschaft.
- **Seit 2018 gibt es zwei Tarife**: einer für das KVG (Tarmed KVG 1.09_BR) und einer für IVG / UVG / MVG (Tarmed UVG/IVG/MVG 1.08_BR).

Tarmed – 2ter Tarifeingriff aktuell

Verordnetes Monitoring des zweiten Tarifeingriffs des Bundesrats in den TARMED – Erste Auswertung für das 1. Quartal 2018

Das BAG hat per Juli 2018 von den Tarifpartnern eine erste Datenlieferung für das 1. Quartal 2018 verlangt. Diese umfasst nur die Punkte 1 und 2 des vom BAG geforderten Monitorings:

1. Allgemeine Informationen zu den gelieferten Daten (Datenbasis, Abdeckungsgrad, Erhebungsmethode etc.)
2. Daten zu den abgerechneten Mengen und Volumen (Pro Facharztgruppe mit Vorjahresvergleichen)
3. Überschreitungsquoten der Mengenlimitationen für die von den Massnahmen 7 und 8 betroffenen Tarifpositionen
4. Analysen, welche es ermöglichen, Änderungen im Abrechnungsverhalten zu identifizieren
5. Qualitative Analyse der Auswirkungen der neuen Tarifstruktur

Per 31. Juli 2018 hat die FMH in Zusammenarbeit mit der NewIndex diese Datenlieferung in Tabellenform an das BAG geliefert. Diese Lieferung wurde mit einem klaren Disclaimer versehen, da die FMH hinter der Plausibilität und Repräsentativität grosse Fragezeichen machen. Zudem unterliegen die gelieferten Daten dem NAKO-Kodex und dürfen ausschliesslich durch das Bundesamt für Gesundheit für das Tarifmonitoring verwendet werden.

Wann darf der Bundesrat eingreifen?

Art. 43, KVG, Abs. 5^{bis} legt fest, wann der Bundesrat eingreifen darf:

«Der Bundesrat kann Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können»



Subsidiäre Eingriffskompetenz des Bundesrates

- Der Bundesrat kann seit Anfang 2013 aktiv in eine bestehende inkraftgesetzte Tarifstruktur eingreifen – dies mittels einer **Verordnung**
- Die Kompetenz beschränkt sich auf den ambulanten Bereich des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)
- Die **Verordnung ist nicht direkt anfechtbar – nur indirekt über die Rechtsanwendung (Leistungsklage).**

Tarifeingriff des Bundesrates: Aufhebung der Quantitativen Dignität - Auswirkungen

Quantitative Dignität:

Die Jahre der Weiterbildung (bis eine definierte Leistung selbstständig erbracht werden kann) flossen bisher mit einem Multiplikator (Dignitätsfaktor) ein:

FMH 5 = 0.905 (Hausärzte)

FMH 6 = 1.044 (Psychiatrie)

FMH 7 = 1.086 (Chirurgische Leistungen)

FMH 8 = **1.305** (chirurgische Leistungen und **Konsilien**)

Tarifeingriff des Bundesrates auf 1. Januar 2018: Neuberechnung der Ärztlichen Leistung nach Gleichschaltung des Dignitätsfaktors auf 0.985

$$\text{Stundenlohn AL} = \frac{207'000 \times 0.985}{1920 \times 0.79} = 134.42 \text{ TP / Stunde}$$

Pro Stunde: AL 134.42 + TL 72.6 = **207.02 TP** (aktuell 215.04 TP)

AB 1.1.2018 gilt für den KVG Bereich:

Taxpunkte pro Zeiteinheit für Psychiatrie = - 3.7 %



Tarifeingriff des Bundesrates

Aufhebung der Quantitativen Dignität

- => **Ärztliche Leistungen** **TP / 5 min. = - 3.7%**
- ⇒ **Konsilien** **TP / 5 min. = - 15.3 %**

Taxpunkte pro Zeiteinheit bleiben gleich: (da TL gleich bleibt):

02.02: nicht-ärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie

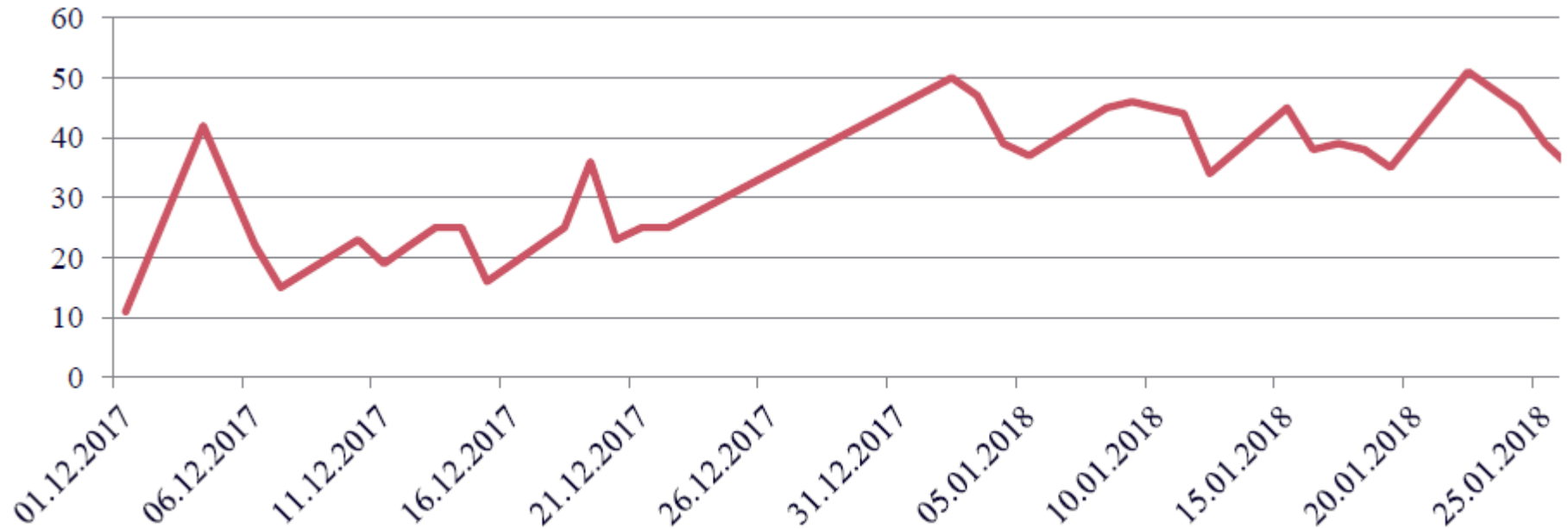
02.03: delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis

02.04: nicht-ärztliche ambulante psychiatrische Leistungen in anerkannten Institutionen

Tarmed - Tarifeingriff Bundesrat - Einsparungen von 430 Mio angestrebt -

- Konsequenzen nach 2tem Eingriff
 - Aufhebung von Limitationen bei Leistungen in Abwesenheit für Kinder, ältere Menschen, Psychiatrie
- gleiche Dignität für alle – ca. 3.5% Einkommensverlust für Psychiater
- bei Konsilien Position 00.2110 - Einkommensverlust ca. 15%
- Bei ambulanter EKT -4.8%
- Präzisierung der Leistungen in Abwesenheit – erhöhter Dokumentationsaufwand, Limitationen z.T. wieder gefallen
- Wegentschädigung + 3.7%
- Besuch erste 5 Min. und weitere 5 Min. + 0.5 (0.4)%
- Nicht formalisierter Arztbericht + 0.4%
- Simulation – Browser – Infoletter FMH- Tarife ambulant
- Tarmed KVG ab 1.1.2018
- Tarmed UVG ab 1.4.2018 – bessere Vergütung von Gutachten in Aussicht gestellt (durch MTK)

Anfragen bzgl. TarMed-Eingriff bei der FMH (Dez. 2018 bis Jan 2019)



Tarifeingriff des Bundesrates Mitgliederanfragen

Können fachärztliche psychiatrische Leistungen auch über Grundversorger-Leistungen abgerechnet werden ?

Antwort: Grundsätzlich ja, STK empfiehlt aber nein, da Monitoring und Sperre der Pos. Für Psychiater droht und aus Gründen der Kostentransparenz.

Kann Studium der Krankenakte als Konsultation abgerechnet werden ?

Antwort: Nein – PIK-Entscheid I-16007, ist damit Teil der Konsultation (gew. Zeit zur Doku kann auf Konsultation hinzu gerechnet werden).

Besonderer Behandlungsbedarf (bei Pos. 02.0066, telef. Konsultation) muss in der KG vermerkt werden

Bei Überschreiten der 180 min./ 3 Mo Limitationen bei Leist. In Abw.
Kontakt zum Vertrauensarzt der KK empfehlenswert.

Leistungen in Abwesenheit

Tarmed 1.09_BR gültig ab 01.01.2018

Bundesratseingriff per Verordnung

02.0071 Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten, **pro 1 Min.**

02.0072 Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten, **pro 1 Min.**

02.0073 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten, **pro 1 Min.**

02.0074 Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten., **pro 1 Min.**

02.0075 Überweisungen an Konsiliarärzte in Abwesenheit des Patienten, **pro 1 Min.**

02.0076 Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telefonischer Konsultation in Abwesenheit des Patienten, **pro 1 Min.**

Tarifeingriff des Bundesrates erhöhter Behandlungsbedarf

Bei **Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf** werden die Limitationen ebenfalls verdoppelt (sog. Ausnahmeregelung).

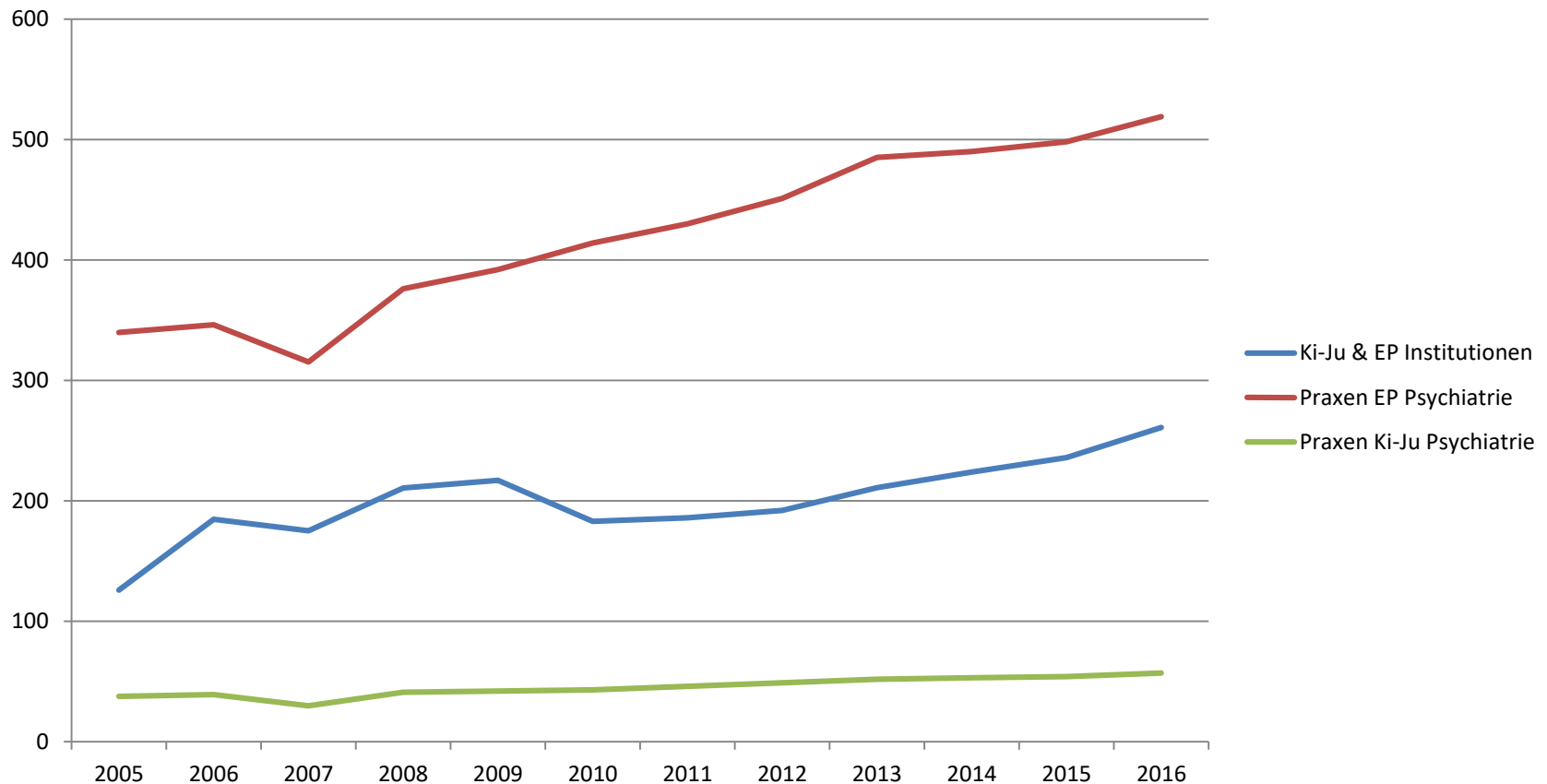
Ein erhöhter Behandlungsbedarf im Sinne eines ausnahmsweise erhöhten Zeitbedarfs kann beispielsweise bei multimorbiden Patienten, bei Patienten mit mittlerer und schwerer kognitiver Einschränkung, bei Patienten mit psychischen Erkrankungen oder bei Patienten in einer instabilen oder schweren Krankheitssituation (z.B. instabile Krebserkrankung) auftreten.

Die Behandlung der gen. Patienten berechtigt jedoch nicht automatisch zur Anwendung höherer Limitationen, der erhöhte Behandlungsbedarf ist gegenüber dem Versicherer auszuweisen.

- Arzt entscheidet, wann er dies anwendet – keine spez. Diagnosen vorgegeben
- Dokumentation der Begründung in der KG
- Versicherer kann nach Begründung fragen

SASIS- Statistik 2005 bis 2016

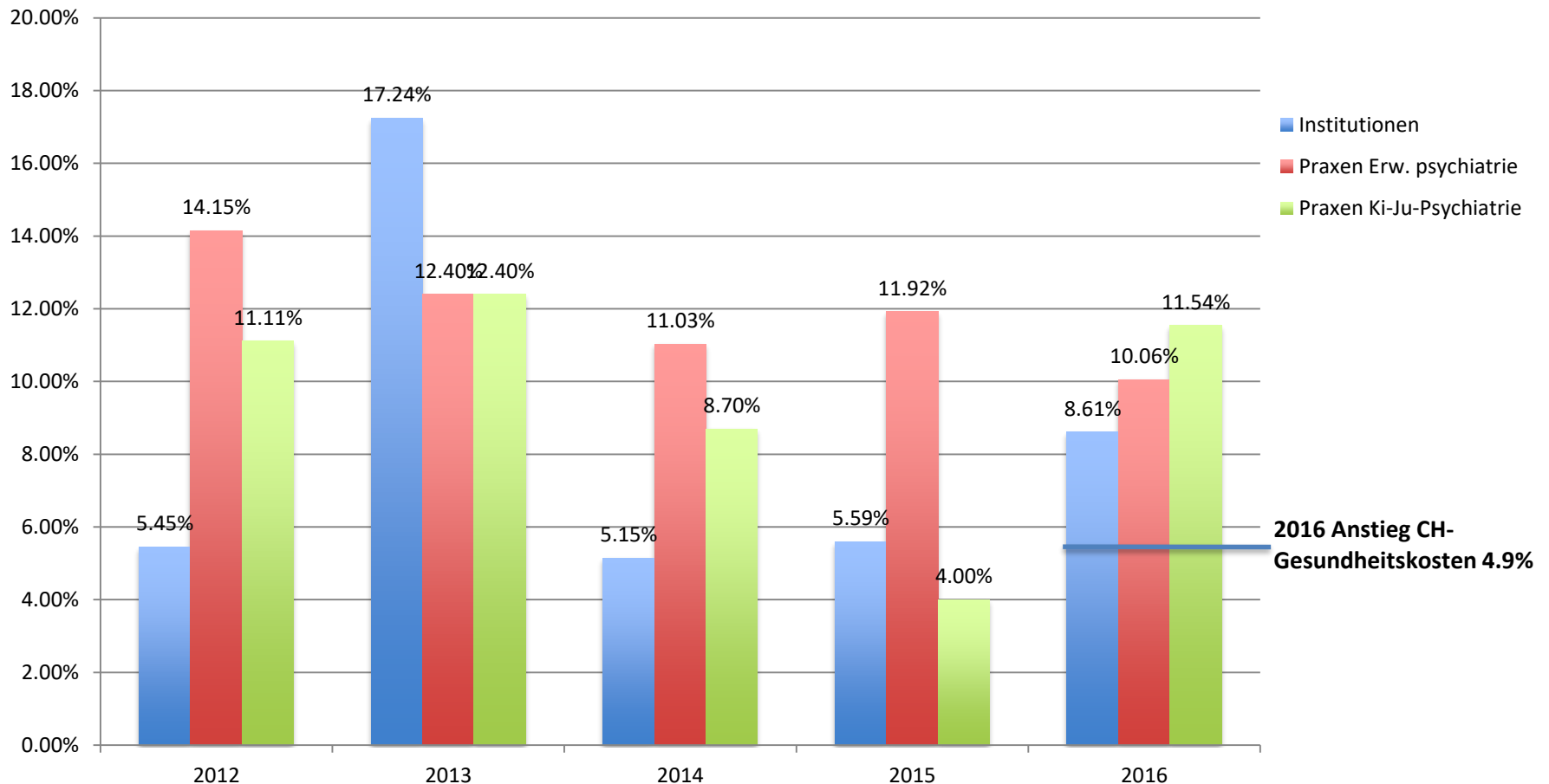
Ärztliche Psychiatrische Leistungen: 02.0010 bis 02.0090
Institutionen und Praxen
In Millionen Franken



SASIS- Statistik 2011 bis 2016

Delegierte Psychotherapie

Jährliche Zunahme in Prozent



Aufteilung der Gesamtkosten Ärztliche Leistung (AL) in 2014: 6 Mia. Franken

Kosten AL: Top 12 (95%)

Hauptkapitel_Text	Kosten_AL	Kosten_AL in Prozent vom Total	Prozente summiert
			0
Grundleistungen	CHF 3'490'533'771.67	52.795%	52.795%
Psychiatrie	CHF 796'028'602.98	12.040%	64.836%
Bildgebende Verfahren	CHF 753'673'629.40	11.400%	76.235%
Auge	CHF 363'921'238.97	5.504%	81.740%
Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen	CHF 185'864'661.77	2.811%	84.551%
Haut, Weichteile	CHF 130'001'121.43	1.966%	86.517%
Diagnostik und Therapie der weiblichen Genitalorgane, Geburtshilfe	CHF 128'176'457.20	1.939%	88.456%
Anästhesie	CHF 119'696'103.38	1.810%	90.266%
Diagnostik und nichtchirurgische Therapie des Gastrointestinaltraktes	CHF 101'026'100.87	1.528%	91.794%
Zentrales und peripheres Nervensystem	CHF 83'937'729.42	1.270%	93.064%
Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates	CHF 74'418'701.92	1.126%	94.190%
Klinische Pathologie (Autopsie, Histologie, Zytologie) und Rechtsmed	CHF 63'096'185.23	0.954%	95.144%

TARCO

TARCO – Nachfolgeprojekt TARVISION – TARMED wird parallel auf der Ebene FMH entwickelt

- Sommer 2016 Ablehnung der TARMED Revision –TARVISION durch FMH-Abstimmung
- Problem Dignitäten –Steuergruppe FMH mit Vertretern der Dachverbände (FMPP, FMch, Hausärzte, SFSSM-Spezialisten)
- Annahme des Detailkonzepts zum Tariffrevisionsprojekt TARCO durch DV der FMH am 26.1.17 – Einigung auf Dignitätskonzept
- Damit Beginn der weiteren Arbeiten an TARCO möglich
- Überarbeitung des TARMED-Positionen in Arbeitsgruppen mit Experten der Fachgesellschaften, bis Ende Oktober 2017 abgeschlossen
- Nomenklatur der Kapitel steht, noch keine Taxpunktzurordnung
- Aktuell erste Verhandlungen mit den Tarifpartnern
- DV der FMH hat am 11.04.18 über die Nomenklatur entschieden, bis Juli 18 soll über die Taxpunktwertfestlegung entschieden werden.
- Tarco 2.0 – soll bis Herbst 2018 dem Bundesrat eingereicht werden
- **aktuell intensive Verhandlungen mit den Tarifpartnern – ats-tms**

Entwicklung TARCO

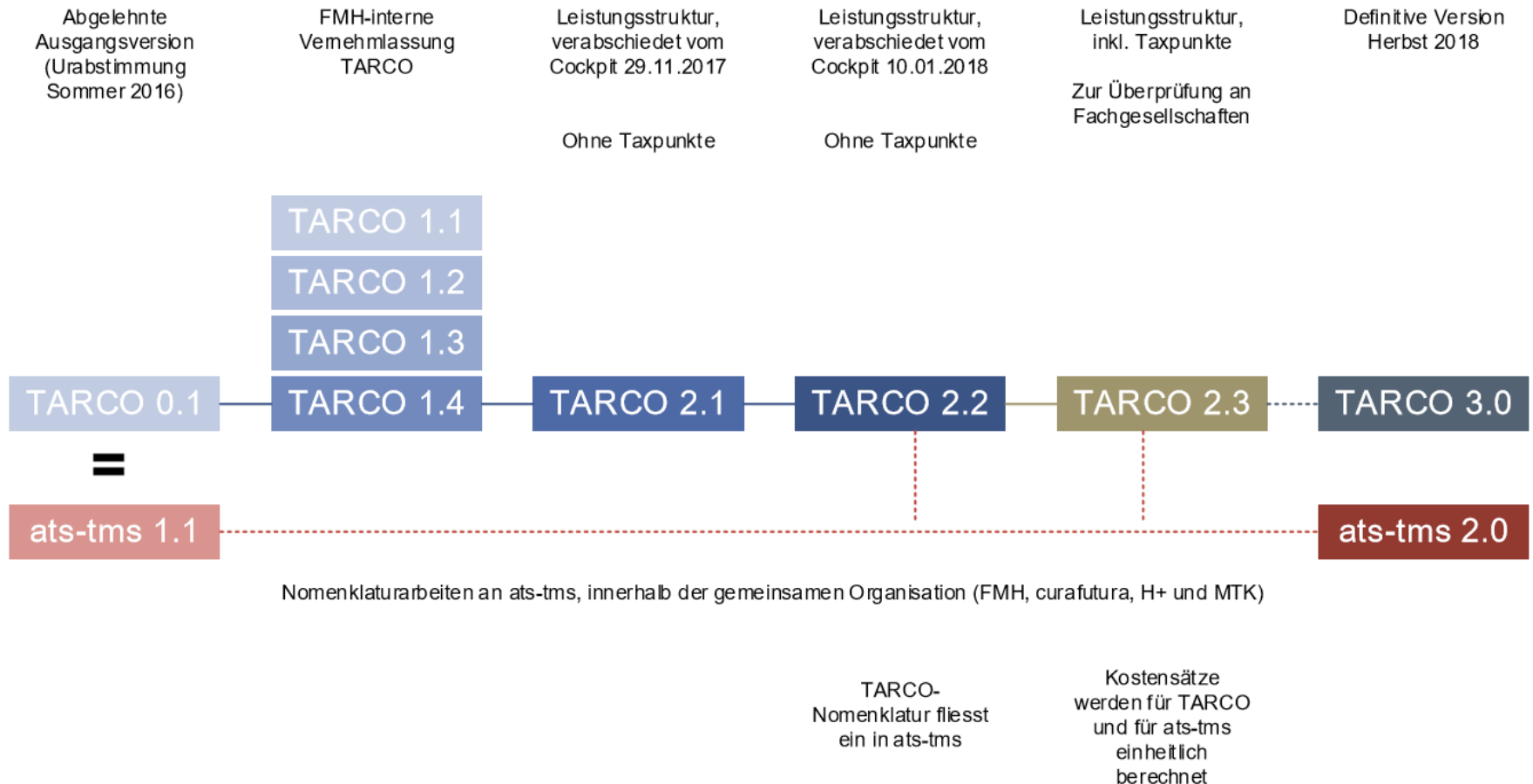


Abbildung 1: Versionsübersicht TARCO und ats-tms

Infoletter Büro Tarife

Sitzung vom 28. August 2018

Projekt TARCO

Kurz erklärt – ats-tms AG

Die ats-tms AG wurde am 18. Januar 2016 durch folgende Tarifpartner gegründet:

- FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
- H+ Die Spitäler der Schweiz
- curafutura Die innovativen Krankenversicherer (CSS Versicherung, Helsana, Sanitas und KPT)
- MTK Medizintarif-Kommission UVG

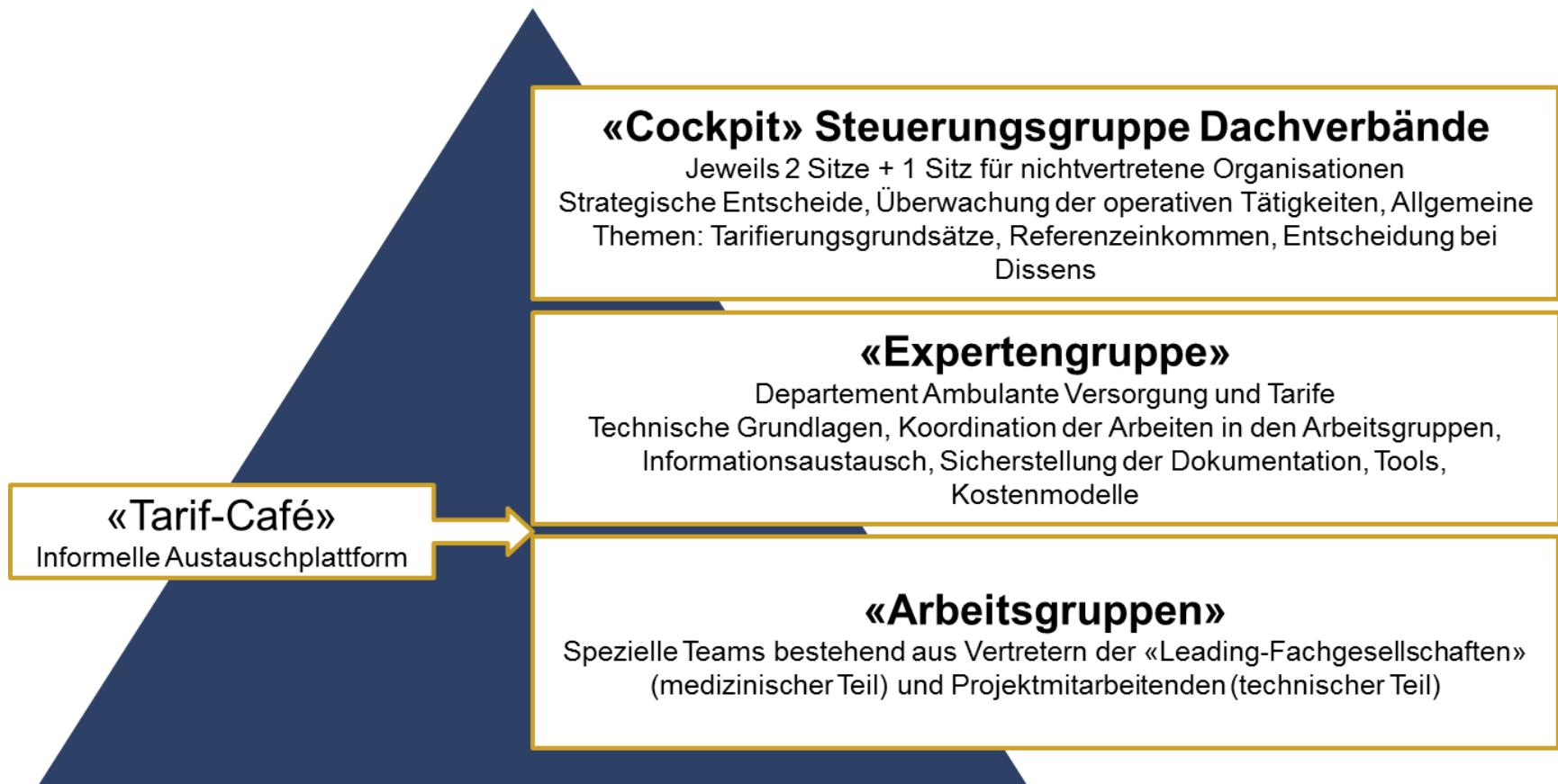
Kein Gesellschafter von ats-tms AG ist sanbésuisse, der neben curafutura zweite Krankenversicherungsdachverband.

Der Firmenname ats-tms bedeutet: ats = Arzttarif Schweiz / tms = Tarif médicale Suisse

Der Auftrag der Organisation besteht in der Berechnung und Pflege des Tarifs für ambulante ärztliche Leistungen gemäss KVG Art. 43 «Tarife und Preise».

Expertengruppe Psychiatrie:

Susanne Christen (FMH Tarifbüro - Psychiatrie), Christian Oeschger (FMH Tarifbüro) und Alexander Zimmer (Vertretung FMPP)



„Wie entsteht eine Tarifposition?“

1. Erarbeitung Tarifierungsgrundsätze incl. «**Quantitative Dignitäten**»
2. Überprüfung und Anpassung der **Nomenklatur**
3. Festlegung der «**Qualitativen Dignitäten**»
4. Überprüfung und Zuteilung der **Sparten** (Ort der Leistungserbringung)
5. Überprüfung und Aktualisierung der **Kostenmodelle**
 - a. Kostenmodell **ärztliche Leistung (AL)**
 - b. Kostenmodelle für **technische Leistungen (TL)**
6. Verhandlungen / interne Genehmigung des Revisionsvorschlages
7. Verhandlungen mit Tarifpartner
8. Einreichung beim Bundesrat

TARCO - Neues

Die Nomenklatur von TARCO steht

Nomenklatur heisst, dass die Leistungen bezeichnet und mit Positionen versehen sind. Diesen Leistungen sind aber noch keine Taxpunkte zugeordnet.

- telemedizinische Positionen zum Abrechnen von Patientenkontakten mit den internet-Medien aufgenommen
- Position "Leistung in Abwesenheit –schriftliche Therapiereflexion und -planung-
- Unterkapitel Position «interventionelle Psychiatrie» geschaffen, damit neue entsprechende Leistungen
- Aufhebung der Limitationen angestrebt

Die Kostenmodelle im TARMED

TARMED

AL

Ärztliche Leistungen

Personalkosten Ärzteschaft
 (Jahresarbeitszeit,
 Referenzeinkommen,
 Produktivität und
 quantitative Dignität)
 für alle Leistungen
 in Arztpraxis und Spital

KOREG

Technische Leistung

Personal- (ohne
 Ärzteschaft), Sach-,
 Umlage- und
 Anlagenutzungskosten

Tarifführerschaft:
Arztpraxis

INFRA

Technische Leistung

Personal- (ohne
 Ärzteschaft), Sach-,
 Umlage- und
 Anlagenutzungskosten

Tarifführerschaft:
Spital

KOREG und INFRA Berechnung TL

Ausschuss Kostenmodelle – Kostenmodell KOREG

Der Ausschuss Kostenmodelle der Expertengruppe TARCO konnte in den letzten Tagen mit dem KOREG-Kostenmodell eines der beiden Kostenmodelle definitiv finalisieren. Dafür wurde zuerst für jede Sparte die sogenannte Tarifführerschaft bestimmt. Um diese bestimmen zu können, analysierten die Experten die Abrechnungsvolumina sämtlicher in einer Sparte tarifierten Leistungen: Werden die in der Sparte tarifierten Leistungen mehrheitlich im Spital erbracht, wird die Sparte über das Kostenmodell INFRA gerechnet; werden die Leistungen mehrheitlich in der freien Praxis erbracht, kommt das Kostenmodell KOREG zur Anwendung.

KOREG basiert auf Daten aus der Finanzbuchhaltung von deutlich über 3'000 Arztpraxen (Rollende Kostenstudie Arztpraxen, RoKo, Ärztekasse) mit mehr als 11'000 Fragebögen. TARCO rechnet mit gemittelten Daten der Jahre 2014 – 2016. Diese empirisch erhobenen Kostendaten werden mit Schlüsseln auf die verschiedenen Sparten einer Arztpraxis (z.B. Sprechzimmer, Untersuchungs- und Behandlungsraum, Röntgen) umgeschlüsselt.

Aus FMH-Newsletter, Tarife Spital vom 5.Juli 2018

TARCO: Die Ziele der FMPP

- **Gleiches Lebenseinkommen aus der OKP bei gleicher Arbeitszeit, unabhängig von der Fachrichtung.**
- **Aufhebung aller Limitationen.**
- **Zuschlagsfaktor** für Kinder- und Jugendliche < 16 Jahre.
- Erhalt der **Qualitativen Dignität** für alle psychiatrische Positionen.
- Reduktion der **Spartenbetriebsdauer** und der **Produktivität**.
- **Hinterlegung einer (Teilzeit-) MPA in KOREG**
- **Neue Positionen: (eventuell Wechselzeit), Telemedizinische Positionen, Schriftliche Therapieplanung.**

Konsensfindung unter den Tarifpartnern

- Momentan haben wir noch verschiedene Tarifversionen:
 - **FMH: TARCO**
 - Geschäftsstelle **ats-tms AG (MTK, curafutura, H+, FMH)**: Überarbeitete Version ats-tms 1.1 (aus Tarvision)
 - Eigenen Versionen von **curafutura** und **H+**
 - **Santésuisse macht überhaupt nicht mit** und verhandelt statt dessen derweil separat mit fmCH über Pauschalen.
- **Es muss zwischen allen Tarifpartnern ein Konsens gefunden werden.**

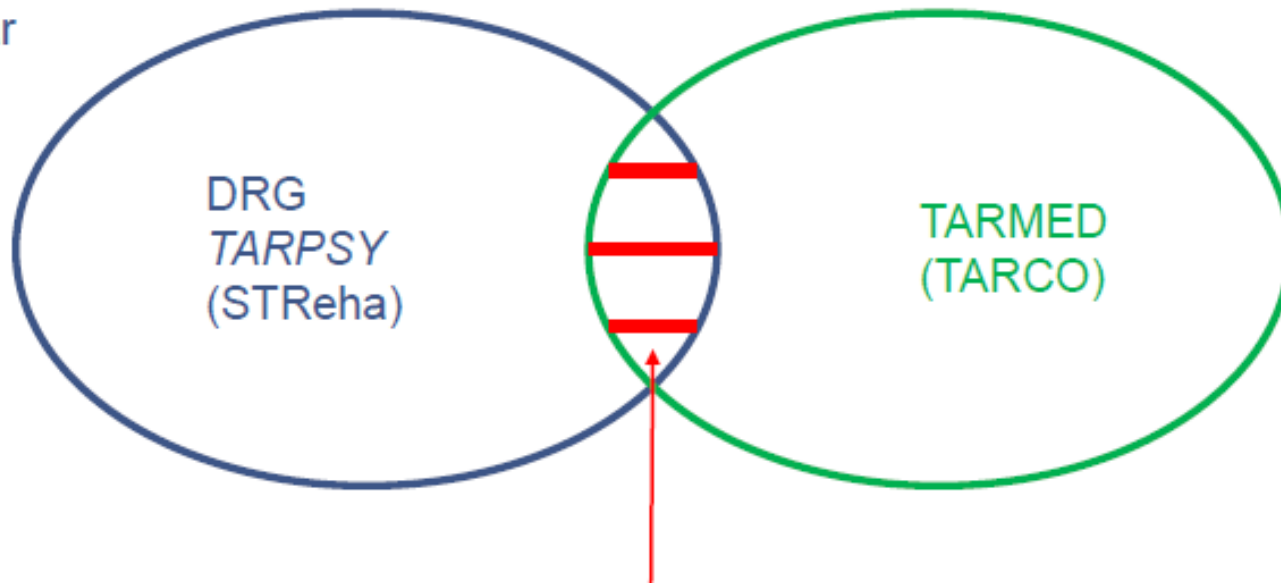
Stand der Arbeiten im Projekt TARCO – Vorbereitung Genehmigung

Die Tarifpartner müssen dann gemeinsam, in Absprache mit der Genehmigungsbehörde, die Eingabe vorbereiten.

Neue Wege in der Zukunft !?

Das Problemfeld

stationär



ambulant

Schnittstelle ambulant – stationär - ambulant

Neue Lösungsvorschläge und ökonomische Argumente dringend benötigt

© FMH - Position

- Einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen: - Widerstand Kantone
- Vergleichbare Tarifierung ambulanter und stationärer Kernleistungen: - Skepsis Kostenträger



Mögliche Pilotprojekte

1. Operationslisten
2. Schwer schizophren Kranke («heavy user»)
3. Demenzkranke und kognitiv Behinderte

Einschub 2: Pilotprojekte

- Pilotprojekte versuchen Antworten auf überblickbare, abgegrenzte Probleme zu finden
- Pilotprojekte sind zeitlich begrenzt
- Pilotprojekte brauchen eine Auswertung um Erkenntnisse zu generieren
- Pilotprojekte entsprechen den medizinischen Erkenntnisweg (beispielweise Medikamentenstudie)



2. Pilotprojekt: «heavy user»

- Schwer schizophran Kranke haben besser Krankheitsverläufe, wenn sie möglichst lange in ihrem angestammten Umfeld verbleiben können
- Dies wird durch die intermediäre Psychiatrie am besten gewährleistet (= spezialisierte Ambulanzen, Hometreatment, Tageskliniken)
- Eine monatliche Behandlungspauschale würde die richtigen finanziellen Anreize für integrierte Versorgungsinstitutionen schaffen





3. Pilotprojekt: Kognitiv Beeinträchtigte

- Kognitiv Beeinträchtigte (Autisten, Demente, etc.) werden oft stationär eingewiesen, wenn sie in ihrem angestammten Umfeld nicht mehr tragbar sind. ABER eine Umfeldveränderung verschlechtert meist ihren Zustand zusätzlich.
- Somatische und psychiatrische Unterstützung sollte vermehrt im angestammten Umfeld ermöglicht werden (und entsprechend tarifiert sein)
- Positive Erfahrung bei dementen Patienten in der Waadt (Maillard)
- Tagespauschale?

Fazit:

- Gesundheitskosten steigen
- Krankenkassenprämien steigen stärker als die Gesundheitskosten
- bedingt u.a. durch die Verlagerung von stationären Leistungen
- in den ambulanten Bereich
- Aktuell getrennte Finanzierung ambulant / stationär
- Effizienzsteigerungen und Einsparungen
sowohl ambulant wie auch stationär möglich

Stationär:

- Tarpsy fördert die Verlagerung von stationären Leistungen
in den ambulanten Bereich
- um Qualität aufrechtzuerhalten (und proaktiv zu agieren)
ist Daten- und Kostentransparenz notwendig

Ambulant:

- Tarifautonomie ist aktuell aufgehoben
- durch Tarco die Tarifautonomie wieder erlangen
- flexibleres Tarifsysteem – einheitliche Finanzierung ambulant –
stationär wäre in der Zukunft (zumindest zum Teil) wünschenswert.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



**Psychiatrie Klinik Wil,
Lehrspital der
Universitätsklinik Zürich**

Kantonale Psychiatrie Dienste St. Gallen – Sektor Nord

St. Gallen Psychiatrisches Zentrum



Ende !