



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Per E-Mail

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Für Rückfragen:
Markus Baumgartner
Direktwahl: +41 32 625 4703
Markus.baumgartner@santesuisse.ch

Solothurn, 19. Juni 2017

Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung betreffend die Tarifstruktur für ärztliche (TARMED) sowie physiotherapeutische Leistungen; Stellungnahme santésuisse

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den vorgesehenen Anpassungen im Bereich der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED) sowie physiotherapeutische Leistungen Stellung nehmen zu können.

Zusammenfassend die wichtigsten Punkte und Anmerkungen unserer Beurteilung:

Tarifstruktur TARMED

santésuisse wertet den bundesrätlichen Eingriff an der Tarifstruktur für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen (TARMED) grundsätzlich als positiv.

Besonders hervorzuheben sind die Massnahmen, welche für eine transparente Rechnung gegenüber den Patienten sorgen. Dazu gehören primär die Umwandlung von Handlungsleistungen in Zeitleistungen (Massnahme 6) und die Präzision der Arbeit in Abwesenheit des Patienten (Massnahme 8).

Durch den Eingriff wurden viele Kritikpunkte der Einzelleistungsstruktur TARMED behoben. Dieser Umbau war bis anhin durch die fehlende Einstimmigkeit unter den Tarifparteien nicht möglich. Ungeachtet dieser Umstellungen bleibt TARMED allerdings ein Einzelleistungstarif mit den einem solchen Tarif inhärenten Schwächen. santésuisse bedauert, dass der Bundesrat die seitens santésuisse in Zusammenarbeit mit der fmch Tarifunion als zielführendere Massnahmen erachteten und eingegebenen Vorschläge betreffend Pauschalen in verschiedenen Fachbereichen im Rahmen der Überarbeitung der TARMED-Revision nicht berücksichtigt hat, gerade mit Blick auf die im Rahmen der Gesundheitsstrategie 2020 propagierten Pauschalen.

Da die angepasste Tarifstruktur auch in Datenbankform vorliegt, ist eine sofortige Anwendung durch die Tarifparteien per 1. Januar 2018 möglich. Die schwierige Abstimmung unter den Tarifparteien, wie sie anlässlich des letzten Eingriffes des Bundesrates für die Erstellung einer Tarifstrukturdatenbank notwendig war, entfällt somit.

Dass die Abwicklung der Arzt und Spitalrechnungen in der bisherigen Art und Weise weitergeführt werden kann, ist für unsere Versicherten von grosser Bedeutung. Damit die operative Einführung ab 1. Januar 2018 umgesetzt werden kann, ist es wichtig, dass die bestehenden vertraglichen Abmachungen im administrativen Bereich weitergeführt werden. Sollten diese gekündigt werden, sind sie als Übergangslösung weiterzuführen, bis neue vertragliche Abmachungen bestehen. Damit ist sichergestellt, dass den Versicherten durch den Tarifwechsel keine Nachteile erwachsen.

Tarifstruktur Physiotherapie

Die vorgeschlagenen Änderungen und Ergänzungen sind aus Sicht von santésuisse richtig und notwendig. Die Massnahmen dienen der Verbesserung der Verständlichkeit und der Transparenz der Tarifstruktur.

Insbesondere ist die Erwähnung der für die Abrechnung einer Leistung notwendigen Behandlungszeit auch für den Patienten von Vorteil, da der Patient anhand der Rechnung die erbrachte Leistung besser kontrollieren kann.

Nachfolgend nehmen wir zu einzelnen Punkten im Detail Stellung:

A) Tarifstruktur TARMED

1. Einheitlicher Dignitätsfaktor auf allen Leistungen

Der Umbau der quantitativen Dignitäten führt zu einer weiteren Stärkung der Leistungen, welche mit FMH05 bewertet sind. Da es sich bei diesen Leistungen schweremässig auch um die Leistungen handelt, welche durch die Grundversorger erbracht werden, werten wir dies als eine nochmalige Stärkung der Grundversorgung.

Die Anhebung der Dignitäten FMH05 wird kompensiert durch die gleichzeitige Absenkung der Dignitäten FMH06 – FMH12. Damit wird dem politischen Ziel der Stärkung der Grundversorgung Rechnung getragen.

Der Abschlagsfaktor für den Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt/praktische Ärztin“ sollte in der Tarifdatenbank korrekt gekennzeichnet werden. Mit der aktuellen Bezeichnung „med. pract.“ ist ein Arzt ohne Titel Dr. med. zu verstehen. Hier besteht ein Widerspruch zwischen dem Text der Vernehmlassung und der Bezeichnung in der Datenbank / Tariffbrowser. Wir gehen davon aus, dass das BAG hiermit die Partnerart Untergruppe 53 „Praktischer Arzt“ meint.

Damit der Abschlagsfaktor durch die praktischen Ärzte auch umgesetzt wird, benötigt es zwingend eine zusätzliche Regelung betreffend Besitzstand. Praktische Ärzte können primär alle Leistungen mit qualitativer Dignität „alle“ abrechnen. Die Abrechnung zusätzlicher Leistungen ist nur möglich, wenn ein entsprechender Besitzstand vorliegt (Rahmenvertrag TARMED, Anhang 3 „Vereinbarung betreffend Eröffnung von Dignitätsdaten und Rechnungsstellung“, bzw. Dignitätskonzept Version 9.0). Wir gehen davon aus, dass die praktischen Ärzte über die entsprechenden Besitzstände verfügen. Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass bei der Leistungsabrechnung von Besitzstandsleistungen der Abschlagsfaktor nicht angewendet wird, da sich der praktische Arzt de facto via obligatorischer Fortbildung die notwendigen Voraussetzungen für diese Leistungen erworben hat.

Wir schlagen deshalb vor, dass der Bundesrat zusammen mit der Anpassung der Tarifstruktur auch klare Richtlinien hinsichtlich Besitzstand erlässt. Obwohl bei Einführung der TARMED Tarifstruktur im Jahre 2004 damit gerechnet wurde, dass innerhalb weniger Jahre die Zahl der Ärzte mit einer grossen Zahl von Besitzstandsleistungen abnimmt, ist deren Anzahl auch heute noch sehr hoch. Gemäss Fortbildungsordnung des SIWF reicht zum Titelerhalt eine Fortbildung von 20 Stunden in einem Fremdgebiet. Es ist zweifelhaft, ob sich ein Arzt mit bis zu 25 Stunden erweiterter Fortbildung ein qualitativ genügendes Fachwissen in mehreren Fremdgebieten aneignen kann. Die erweiterte Fortbildung müsste 25 Stunden pro Fachgebiet betragen. Im Sinne der Qualitätssicherung regt *santésuisse* deshalb an, dass die Regelung des Besitzstandes ausser Kraft gesetzt wird. Jeder Leistungserbringer muss über die notwendige qualitative Dignität (Facharzttitle, Fähigkeitsausweis, bzw. das jeweilige fachspezifische Fortbildungszertifikat) verfügen, um die entsprechende Leistung abrechnen zu können.

2. Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten

Die Anpassung der Produktivität in den einzelnen OP-Sparten dürfte die aktuelle Auslastung in einer wirtschaftlich geführten Institution besser widerspiegeln. Die Anpassung wird begrüsst.

Bei den Leistungen, welche in Operationssparten OPI tarifiert sind, besteht im aktuellen TARMED die Möglichkeit, diese entweder im OPI oder in einem Praxis-OP durchzuführen. Wenn die Leistung in einem anerkannten Praxis-OP durchgeführt wird, reduziert sich die Entschädigung für die Infrastruktur (TL) um 40%. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit schlagen wir vor, die Möglichkeit der wahlweisen Abrechnung (entweder in OPI oder im Praxis-OP) aufzuheben. Die Leistungen mit Sparte OPI die in den letzten Jahren auch mit der Sparte Praxis-OPs abgerechnet wurden, sollen aus wirtschaftlichen Gründen fest dieser Sparte zugeteilt werden.

3. Senkung der Kostensätze bei gewissen Sparten

Diese Massnahme zielt in die gleiche Richtung wie die Anpassung der Produktivität in den OP-Sparten. Auch in den angepassten Sparten dürften in den letzten Jahren effizienzsteigernde Massnahmen zu eine Senkung des Kostensatzes geführt haben.

Bei der Kalkulation der Spartensätze wurden bei vielen Sparten die Kostensätze bewusst mittels FORCE-Faktoren angepasst. Einerseits wurde durch eine Absenkung die Finanzierung der Belegarztpositionen nachvollziehbar sichergestellt.

Nicht nachvollziehbar sind aber die Faktoren in folgenden Sparten, weshalb wir um Wiederherstellung der korrekten Relationen zwischen den Sparten in den nachfolgenden Bereichen bitten:

Textinhalt	Korrekturfaktor
Betriebsstelle Röntgendiagnostik Arztpraxis	3
Echokardiographie	1.718
IPS, Verbrennungsstation	1.2
Life-Island-Einheit/Sterilpflegestation	1.333
Sprechzimmer Psychiatrie	1.2

4. CT- und MR-Untersuchungen: Streichung der Minutagen für die Leistung im engeren Sinn und Vereinheitlichen der Minutagen für die Berichtserstellung

Die Anpassung in den Unterkapiteln CT und MR weist prinzipiell in die richtige Richtung. Allerdings wäre es von Vorteil, die Anwendungsregeln (Kumulationsregeln) noch zu verbes-

sern. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die entsprechenden Arbeiten der Schweizerischen Gesellschaft für Radiologie. Ohne Anpassung dieser Regeln könnten die angestrebten Änderungen ihre Wirkung verfehlen.

Weiter ist aus den Vernehmlassungsunterlagen aber leider nicht ersichtlich, inwiefern die Leistungen des Unterkapitels Sonographie (Ultraschall) überprüft worden sind. In diesem Bereich vermuten wir eine Übertarifierung aufgrund zu hoher Minutagewerte bei den einzelnen Leistungen. Diese Prüfung bitten wir nachzuholen und auszuweisen.

5. Senkung von zu hohen Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen

Die Senkung der Minutagen bei den ausgewählten Leistungen ist eine Massnahme zur Anpassung an die aktuellen Gegebenheiten. Vor allem bei volumenstarken Leistungen sind Anpassungsvorschläge nur datengestützt zu erfolgen.

Bei der Anpassung der Eckwerte für die intravitreale Injektion (08.3350) ist zu beachten, dass die Position 08.3350 eine Doppelleistung darstellt. Die Glaskörperbiopsie für die zytologische Diagnostik sollte unter der bisherigen Leistungsnummer 08.3350 weitergeführt werden. Die intravitreale Injektion sollte eine neue Leistungsnummer erhalten. Die vorgeschlagene Senkung der Zeit auf 10 Minuten für die Leistung im engeren Sinne unterstützen wir. Sie war ebenfalls Grundlage für die Berechnung der entsprechenden Pauschalen von santésuisse und fmch Tarifunion.

6. Umwandlung der Handlungsleistungen „Untersuchung durch den Facharzt“ in Zeitleistungen

TARMED lässt die gemischte Verrechnung von Zeit- und Handlungsleistungen zu. Dadurch werden die Rechnungen für die Patienten unübersichtlich und auch nicht kontrollierbar. Diese Mischung bietet auch den grössten Anreiz für Missbrauch (d.h. Doppelverrechnung des Zeitaufwandes einmal als Handlungsleistung und zusätzlich mittels Konsultationspositionen pro 5 Minuten). Mit der Umwandlung von Handlungsleistungen in Zeitleistungen wird dieser Anreiz minimiert und die Transparenz der Rechnung massiv verbessert.

7. Löschung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte

Die Limitationsregel für die elektronische Abrechnung sollte eigentlich den direkten Rechnungstransfer zwischen Leistungserbringer und Kostenträger fördern. Eine solche Förderung sollte allerdings nicht mittels Tarifstruktur, sondern mit anderen Massnahmen erfolgen. Wie es sich in der Praxis zeigt, werden vor allem von „elektronisch“ abrechnenden Leistungserbringern massiv mehr Leistungen (längere Zeitdauer) abgerechnet. Ob dies jeweils dem gesetzlichen Gebot der Wirtschaftlichkeit entspricht, muss bezweifelt werden. Es macht daher Sinn, die Mengenlimitationen zu aktivieren.

Da die Mengenlimitation durch die Eröffnung neuer Sitzungen aufgehoben werden kann, schlagen wir eine entsprechende Anpassung (blau, kursiv) der Sitzungsdefinition vor:

GI-8 Sitzungsdefinition:

Eine Sitzung ist ein begrenzter Zeitraum (Kontaktaufnahme bis Kontaktende im ambulanten Bereich), während dessen ein Leistungserbringer durch einen Patienten, Paare, Familien oder Gruppen in Anspruch genommen wird.

Sind bei einem Leistungserbringer mehrere Fachärzte in die Behandlung involviert (Bsp. Spitäler oder Gruppenpraxen), können mehrere Sitzungen eröffnet werden. Dabei müssen Leistungen aus dem gleichen Tarmed Hauptkapitel in der gleichen Sitzung erfasst werden. Versäumte Sitzungen gehen nicht zu Lasten der Sozialversicherungen.

Die Reanimation gilt als separate Sitzung, ausgenommen IPS und Anästhesie LB-10 und LB-52.

Eine sinnvolle Alternative wäre, die Limitation „pro Sitzung“ durch eine Limitation „pro Tag“ zu ersetzen.

8. Interpretation der Leistungen in Abwesenheit des Patienten präzisieren sowie die jeweiligen Limitationen anpassen

Die Leistungen in Abwesenheit des Patienten bieten Anreiz für Missbrauch. Aus diesem Grund erscheint eine Massnahme in diesem Bereich angezeigt. Die vorgeschlagene Aufspaltung ist sinnvoll, weil die neuen Leistungen einen detaillierten Überblick über die Tätigkeit des einzelnen Leistungserbringers ermöglichen.

Zur Verbesserung der Transparenz schlägt santésuisse zudem vor, den zweiten Abschnitt der Interpretation bei 00.0010 Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation) abzuändern:

Beinhaltet Begrüssung, Verabschiedung, nicht besonders tarifierte Besprechungen und Untersuchungen, nicht besonders tarifierte Verrichtungen (z.B.: bestimmte Injektionen, Verbände usw.), Begleitung zu und Übergabe (inkl. Anordnungen) an Hilfspersonal betreffend Administration, technische und kurative Leistungen, Medikamentenabgabe (in Notfallsituation u/o als Starterabgabe), ~~auf Konsultation bezogene unmittelbar vorgängige/anschliessende Akteneinsicht/Akteneinträge~~

Diese Regelung soll auch im Kapitel 02 Psychiatrie zur Anwendung kommen.

Durch diese Änderung kann der Patient die Dauer der verrechneten Konsultation besser auf der Rechnung nachvollziehen.

9. Interpretation bei den Notfallzuschlägen präzisieren

Die Stossrichtung der Massnahme ist positiv. Die Behandlung von Notfallpatienten in der Arztpraxis soll belohnt werden. Institutionen, welche ihr Angebot auf die Behandlung von Notfällen ausgerichtet haben, sollten nicht in dem Mass wie die übliche Arztpraxis profitieren können.

Bei der Umsetzung der Massnahme sehen wir allerdings Probleme, da die Rechtsform – Organisation nach Art. 36a KVG – und die anvisierten Praxistypen nicht zwingend gleichzusetzen sind. Nicht jede Gruppenpraxis ist eine Notfallpraxis und auch ein zugelassener Arzt kann auf Notfälle spezialisiert sein. Wir schlagen deshalb vor, dass im Rahmen der Umsetzung auch entsprechende Massnahmen getroffen werden, dass die Abrechnungsberechtigung eindeutig mittels ZSR Nummer verifiziert werden kann.

10. Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal anpassen
Keine Bemerkungen.

11. Tarifposition „00.0610 Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.“ umtarifieren und Interpretation präzisieren

Die Begründung für den Spartenwechsel ist nachvollziehbar. Wir befürworten daher diese Massnahme.

12. Zuschlag von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten löschen

Die Stossrichtung bei dieser Massnahme ist korrekt. Es dürfte allerdings schwierig sein, zu prüfen, ob der 10% Zuschlag nun verrechnet wurde oder nicht. Der Zuschlag muss bekanntlich nicht separat auf der Rechnung ausgewiesen werden.

Wir schlagen als Alternative vor, den im Jahr 2003 zwischen den Tarifparteien vorgesehenen Grenzwert von CHF 200.00 einzuführen. Damit dürfte Verbrauchsmaterial unter dem Einzelpreis von CHF 200.00 nicht separat abgerechnet werden.

13. Streichen von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie aller Verweise auf das Gesetz

Obwohl es aus Sicht der Gesetzessystematik des KVG Sinn macht die im Titel erwähnten Leistungen zu streichen, sollte diese Massnahme nochmals überdacht werden. Mit dieser Massnahme wird die einheitliche Tarifstruktur für alle Sozialversicherungsträger in Frage gestellt. Im Übrigen gibt es auch Krankenversicherer, welche das Unfallversicherungsgeschäft anbieten. Das würde bedeuten, dass ab 2018 zwei „verschiedene“ Tarifstrukturen zu führen wären.

Eine Streichung der gemäss Leistungstext als stationäre Leistungen deklarierten Positionen macht dagegen Sinn, da es sich bei TARMED um einen Leistungskatalog ambulant erbrachter Arztleistungen handelt.

Was die Streichung der Hinweise auf das Gesetz betrifft, so waren und sind diese für die Rechnungskontrolle durch die Versicherer hilfreich. Wir bitten deshalb um Wiederaufnahme dieser Verweise in die Tarifstruktur.

14. Zusätzliche Massnahmen: Zusammenfassung von Haupt- und Zuschlagsleistungen

Als zusätzliche Massnahmen schlagen wir vor, Haupt- und Zuschlagsleistungen zu sinnvollen Leistungspaketen zusammenzustellen. Mit dieser Massnahme wird die Abrechnung unnötiger Zuschlagspositionen verhindert. Im Bereich Orthopädie bieten sich solche Pakete beispielsweise bei den Gelenksarthroskopien (Schulter, Ellbogen, Knie) an. In der Augenchirurgie könnten die verschiedenen Arten der Vitrektomie zusammengefasst werden.

15. Zusätzliche Massnahmen: Streichung von nicht im ambulanten Bereich abgerechneten Leistungen

Der TARMED Leistungskatalog umfasst aktuell ca. 4500 Leistungen. Mehr als 1500 Leistungen wurden im Jahre 2016 gar nie abgerechnet. Zur Verschlankeung der Tarifstruktur schlagen wir vor, alle Leistungen, welche in den letzten fünf Jahren weniger als zehnmal ambulant abgerechnet wurden, aus der Tarifstruktur zu entfernen.

16. Zusätzliche Massnahmen: Klärung Status 00.0015 „+ Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis“

Der Zuschlag für hausärztliche Leistungen ist als Zuschlagsposition an die Position 00.0010 „Konsultation, erste 5 Minuten“ in die Tarifversion 1.08BR eingebaut. Die Position 00.0015 kann zusammen mit allen in der Leistungsgruppe LG-03 aufgeführten Leistungen abgerechnet werden. Da die Position 00.0015 allerdings als Zuschlagsleistung definiert ist, kann sie nur abgerechnet werden, wenn die Position 00.0010 als Referenzleistung ebenfalls abgerechnet wird. Kinderärzte, welche beispielsweise nur eine Vorsorgeuntersuchung abrechnen wollen, können die Position 00.0015 nur abrechnen, wenn sie zusätzlich die Position 00.0010 abrechnen. Vorsorgeuntersuchungen (03.0030ff) können aber nicht mit den Konsultationspositionen kumuliert werden. Wir schlagen daher vor, die Position 00.0015 neu als Hauptleistung in der Tarifstruktur aufzunehmen.

B) Tarifstruktur Physiotherapie

Als einleitende Bemerkung möchte santésuisse festhalten, dass alle Tarifparteien gemeinsam eine neue Tarifstruktur für die Physiotherapie erarbeitet haben. Diese neue Tarifstruktur war verbunden mit dem Wechsel des Tarifmodells. Damit war für alle Parteien klar, dass der neue Tarif gemäss Art. 59 c Abs. 1 KVV keine Mehrkosten verursachen darf. Deshalb wurde in der Tarifstruktur die Anzahl Taxpunkte pro Leistung entsprechend angepasst (Normierung). Da sich

nachfolgend auf diese Normierung nicht mehr alle Parteien auf einen gemeinsamen Genehmigungsantrag einigen konnten und der geltende Tarifstrukturvertrag gekündigt ist, ist der Bundesrat im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz zum Handeln gezwungen.

Einleitende Bemerkung 4

Die Definition für das separat verrechenbare Behandlungsmaterial ist aus Sicht santésuisse zu offen formuliert. Das Behandlungsmaterial könnte bei Vorliegen entsprechender kalkulatorischer Zuweisung zu den einzelnen Leistungen direkt einkalkuliert werden.

Einleitende Bemerkung 5

Die Regelung betreffend Behandlungszeit sorgt für Transparenz gegenüber dem Patienten und wird somit sehr begrüsst. Allerdings besteht die Gefahr, dass eine Verlagerung zu den höher tarifierten Leistungen erfolgt.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen bei der Überarbeitung des Verordnungsentwurfs und stehen Ihnen für Fragen oder Auskünfte gerne zur Verfügung.

Position 7330

Analog den Positionen 7301 und 7311 sollte auch der Gruppentherapie ein fester Zeitaufwand zugewiesen werden. Wir befürworten eine feste Leistungsdauer von 30 Minuten, wovon mindestens 25 Minuten für die Behandlung und höchstens 5 Minuten für die Vorbereitung und Dossierführung aufzuwenden sind.

Zusätzlich sollte die Gruppengrösse fest definiert werden. Die offene Formulierung lässt auch eine Gruppengrösse von mehr als 5 Personen zu. Somit müsste die Formulierung lauten: „*Gruppengrösse 2 bis 5 Patienten/innen.*“

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anregungen bei der Überarbeitung der Verordnung und stehen für Fragen sehr gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse



Verena Nold
Direktorin



Isabel Kohler Muster
Leiterin Rechtsdienst