

Das Wichtigste zum neuen Vertrag mit tarifsuisse betreffend Nebenleistungen

(Arzt, Medikamente, Paramedizinische Leistungen, Medizinische Analysen)

Der Vertrag gilt ab dem 1. Januar 2015, die neuen Tarife gelten jedoch erst ab dem 1. Juli 2017. Es erfolgt keine rückwirkende Verrechnung, siehe Präambel auf der Seite 2.

Neu ist, dass für jede Leistungsart (Arzt, Medikamente, Paramedizinische Leistungen, Med. Analysen) gewählt werden kann, ob diese über eine Pauschale oder über Einzelberechnung erfolgen soll.

Das Abrechnungsmodell kann jeweils auf Januar geändert werden. Dies muss uns bis spätestens am 30. September des Vorjahres mit dem entsprechenden Formular (siehe Beilage) mitgeteilt werden (Art. 3, Ziffer 13).

Bei Einzelabrechnung ist Folgendes zu beachten:

- **Arztleistungen:** diese dürfen nicht über die ZSR des Pflegeheimes abgerechnet werden, weil der Tarmed gemäss Bundesverwaltungsgericht keine Tarifgrundlage für Pflegeheime ist. Arztleistungen müssen über die ZSR Nummer des Arztes/der Ärztin abgerechnet werden, am besten direkt an die Krankenkasse.
- **Therapien:** wie bei Arzt, die Abrechnung muss über die ZSR von Physiotherapeuten erfolgen, am besten direkt an die Krankenkasse.
- **Medikamente:** können vom Pflegeheim in Einzelabrechnung erfolgen, sofern die notwendigen kantonalen Bewilligungen für die Führung einer Apotheke vorliegen.
- **Medizinische Analysen:** Abrechnung von externen Labors direkt an die Krankenkassen.

Die Pauschalen gelten neu für 4 Stufen. Dies weil Berechnungen ergaben, dass damit mehr Ertrag erwirtschaftet werden kann als mit 12 Stufen. Sie betragen (Anhang 3):

Pflegestufen	Ärztliche Leistungen in CHF	Paramedizinische Leistungen in CHF	Medizinische Analysen in CHF
1 - 3	1.45	1.35	0.25
4 - 6	3.60	3.40	0.70
7 - 9	5.75	5.45	1.10
10 - 12	7.90	7.45	1.50

Diese Pauschalen sind zeitlich nicht limitiert.

Die Pauschalen für Medikamente gelten nur bis zum 31. Dezember 2017 und betragen (Anhang 2):

Pflegestufen	Tagespauschale in CHF
1 - 3	1.95
4 - 6	4.90
7 - 9	7.80
10 - 12	10.75

Dies weil die Krankenversicherer dem Bundesamt für Gesundheit Detaildaten zu den Medikamenten zustellen müssen und dies könne gemäss tarifsuisse nur mit Einzelabrechnung geschehen. Wir werden versuchen, die Pauschale auch über das Jahr 2017 hinaus zu halten. Ob dies gelingt, ist allerdings sehr unsicher. Ein Vertragsrücktritt ist erst auf den 31.12.2018 möglich. Der Vertrag enthält jedoch einen Passus, wonach der Rücktritt erklärt werden kann, sofern die Pauschale für die Medikamente ab dem 1.1.2018 nicht mehr möglich sein wird (Art. 3, Ziffer 11).

Zu beachten ist zudem:

Bei der Abrechnung ist jede der verrechneten Pauschalen separat aufzuführen.

Die Rechnungsstellung erfolgt im Tiers payant (Rechnungsstellung an den Versicherer). Die Angaben auf der Rechnung richten sich nach Art. 14 des Vertrages.

Mit den Pauschalen sind folgende Leistungen abgegolten, sofern sie nicht zusätzlich separat verrechnet werden können:

- sämtliche intern und extern erbrachten ärztlichen Leistungen
- sämtliche intern und extern erbrachten Leistungen für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diabetes- und Ernährungsberatung
- sämtliche intern und extern abgegebenen Medikamente
- sämtliche intern und extern durchgeführten medizinischen Analysen

Die nachfolgenden Leistungen sind **mit den Pauschalen nicht abgegolten** und können vom jeweiligen ausführenden Leistungserbringer separat in Rechnung gestellt werden:

- Externe ambulante diagnostische Untersuchungen (z.B. Bild gebende Verfahren) sowie ambulante operative Eingriffe
- Spezialärztliche Behandlungen und Konsilien durch einen Facharzt
- Onkologische Therapien: Bestrahlungen, tumorspezifische, antineoplastische Medikamente, Steroide im Zusammenhang mit der onkologischen Therapie
- Medikamente betreffend HIV
- Notfall- und Verlegungstransporte sowie Liegendtransporte im Zusammenhang mit externen ambulanten Untersuchungen und Eingriffen gemäss Art. 26 KLV.

Wund-Vakuum-Systeme

Es bestehen Verträge zwischen Anbietern dieser Leistungen und den Versicherern, welche die Vergütung regeln. Die Rechnungsstellung erfolgt vom Lieferanten direkt an den Versicherer. Wund-Vakuum Systeme sind mit den Tagespauschalen nicht abgegolten.

SVK-Leistungen

Die Bereiche künstliche Ernährung, Hämodialysen, Peritonealdialysen und mechanische Heimventilation werden in Verträgen zwischen dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben (SVK) und den entsprechenden Herstellern sowie anderen

Vertragspartnern geregelt. Diese Leistungen sind mit den Tagespauschalen nicht abgegolten.

Für Mittel- und Gegenstände (MiGel) gelten nach wie vor die Tarife für die 12 Stufen gemäss der Verfügung der GEF. Hier erwarten wir ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes. Mit tarifsuisse kann erst dann ein Vertrag abgeschlossen werden, wenn dieses Urteil vorliegt.

Der Vertrag gilt für die Krankenversicherer, die auf den Seiten 1 und 2 des Vertrages aufgeführt sind.

Nicht mehr bei tarifsuisse ist die CSS. Mit dieser wird ein Vertrag auf den 1.1.2018 angestrebt. Wir werden hier auch Tarife für 4 Stufen verhandeln. Bei der CSS sollte die Pauschale für die Medikamente weiterhin möglich sein. Bis dann gelten die bisherigen Tarife für die 12 Stufen.

Mit den HSK Versicherern (Helsana, Sanitas, KPT) gilt der bisherige Vertrag und somit auch die Tarife für die 12 Stufen. Auch hier streben wir ab 2018 einen Vertrag mit einem 4 Stufen Modell an.

Bern, 6. Juni 2017