

Kommission Versicherungen und Tarife

Commission Assurances et Tarifs

Mitglieder				
Dr. Hansjörg Züst	Vorsitz	Rheinfelden		hjzuest@hin.ch
PD Dr. Andreas Arnold		Münsingen		andreas@rnold.ch
KD Dr. Hans-Rudolf Briner		Zürich		briner@orl-zentrum.com
Dr. Andrea Hilgenfeld		Zürich		ahilgenfeld@gmail.com
Prof. Marcel Kraft		Münchenstein		marcel.kraft@unibas.ch
Prof. Frank Metternich	DRG-Beauftragter	Aarau		frank.metternich@ksa.ch
Dr. Markus Reimers		Bern		mreimers@hin.ch
Dr. Roland Seiler		Langenthal		roseiler@bluewin.ch
Prof. Sandro Stöckli		St. Gallen		sandro.stockli@kssg.ch
Prof. Antje Welge-Lüssen	ex officio	Basel		antje.welge-luessen@usb.ch

Übersicht - Informationen - Tarife

- update zu 'ambulant anstelle stationär'
- Ablehnung stationärer Kostengutsprachen durch KK
- Zwischenstand TARCO (tarmed consensus)
- Statistik Tarmed 1.09BR - verschoben auf Herbstkongress 2018

ambulant statt stationär

«ambulant vor stationär»

-ein Wirrwarr der Listen unter den Kantonen ...

Der Wohnkanton ist entscheidend

Schweizer Spitäler müssen bei der Behandlung eines ausserkantonalen Patienten die Liste des entsprechenden Wohnkantons berücksichtigen, welche sich von der Liste des Bundes oder anderen Kantonen unterscheiden könne.

ambulant statt stationär – EDI-Entscheid per 01.01.2019

Änderung der Krankenpflege- Leistungsverordnung (KLV) betreffend "Ambulant vor Stationär"

Das EDI hat am 12.2.2018 die Änderung der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV) betreffend „Ambulant vor Stationär“
beschlossen. Demnach sollen ab 01.01.2019 sechs Gruppen von Eingriffen
nur noch ambulant durchgeführt werden, ausser es liegen besondere
Umstände vor.

Neue Regelung „Ambulant vor Stationär“ per 1. Januar 2019

In der Schweiz werden mehr Eingriffe stationär durchgeführt als im Ausland,
obwohl ein ambulanter Eingriff aus medizinischer Sicht angezeigt und
patientengerecht wäre und weniger Ressourcen beanspruchen würde.

Das EDI hat deshalb entschieden, dass folgende sechs Gruppen von Eingriffen
nur noch vergütet werden, wenn sie ambulant vorgenommen werden (siehe
Referenzdokument Eingriffe):

- Einseitige Krampfaderoperationen der Beine
- Eingriffe an Hämorrhoiden
- Einseitige Leistenhernienoperationen
- Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter
- Kniearthroskopien inkl. Arthroskopische Eingriffe am Meniskus
- Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden

L'ambulatoire avant le stationnaire : adaptation de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) travaille actuellement sur une
réglementation à l'échelle du pays concernant le principe « l'ambulatoire
avant le stationnaire » dans le cadre de l'ordonnance sur les prestations de
l'assurance des soins (OPAS).

Nouvelle réglementation au 1er janvier 2019 : l'ambulatoire avant le stationnaire

Les interventions chirurgicales se déroulent plus souvent dans le secteur
stationnaire en Suisse qu'à l'étranger. Toutefois, une prise en charge
ambulatoire serait indiquée d'un point de vue médical, mieux adaptée aux
patients et nécessiterait moins de ressources.

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a donc décidé que les six groupes
d'interventions suivants ne seraient pris en charge qu'en ambulatoire à
l'avenir (voir document de référence sur les interventions) :

- opérations unilatérales des veines variqueuses des jambes
- interventions pour hémorroïdes
- opérations unilatérales de hernies inguinales
- examens / interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus
- arthroscopies du genou, y c. opérations du ménisque
- opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes

ambulant statt stationär - ORL EDI-Entscheid per 01.01.2019

Eingriff	CHOP 2017	Bezeichnung
Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden	Z28.2	Tonsillektomie ohne Adenoidektomie
	Z28.2X.10	Partielle Resektion der Tonsille [Tonsillotomie] ohne Adenoidektomie
	Z28.6	Adenoidektomie ohne Tonsillektomie

Version 1.0 vom 23. November 2017; gültig ab 1. Januar 2019

Hinsichtlich der Förderung der Verlagerung von stationärer zur ambulanten Leistungserbringung werden im Anhang 1 (Kap. 1.1 Chirurgie allgemein) in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) Eingriffe festgelegt, die grundsätzlich ambulant durchgeführt werden sollen, **ausser es liegen besondere Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern**. In diesem Referenzdokument werden die konkreten Eingriffe anhand von CHOP-Codes bezeichnet.

Die **farblich hinterlegten Zeilen stellen Überschriften dar und dürfen nicht codiert** werden

ambulant statt stationär – Kriterien für stationär

Tabelle 1: Kriterien für eine stationäre Durchführung (vorgängige Fallbeurteilung)

Nr.	Kategorie	Kriterium	Eingriffe						Fragen und Bemerkungen des BAG für die Konsultation
			Varizen	Hämorrhoiden	Inguinalhernien	Arthroskopien Knie	Zervix/ Uterus	Adenoidektomie, Tonsillotomie	
Alter									
1	Kinder	≤3 Jahre			?			✓?	Ansicht HNO: Kinder ≤6 J. Ist eine separate Altersgrenze für HNO-Operationen angezeigt?
Schwere oder instabile somatische Co-Morbidität									
2	Herz-Kreislauf	Herzinsuffizienz; NYHA >II	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Was ist bei diesem Kriterium die Relevanz für die aufgeführten Wahleingriffe?
3		Unkontrollierte arterielle Hypertonie, systolisch >160 mmHg	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4	Broncho-pulmonal	Falls Allgemeinanästhesie: - COPD GOLD >II; Asthma instabil oder exazerbiert	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
5		Falls Allgemeinanästhesie: Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom OSAS mit AHI ≥ 15 und zuhause kein CPAP möglich	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
6	Gerinnungsstörungen	Entgleiste Gerinnungsstörungen, excl. im Rahmen einer Therapie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
7	Blutverdünnung	Therapeutische Atikoagulation Duale TC-Aggregationshemmung	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
8	Niereninsuffizienz	Niereninsuffizienz CKD >3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Nur bei Insulintherapie? Ist HbA1c >8 ein geeignetes Kriterium für die aufgeführten Wahleingriffe?
9	Metabolisch	Diabetes Mellitus instabil (oder BZ kap. perioperativ > 11.1 oder < 3.6 mmol/L) oder schlecht eingestellt (HbA1c >8)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
10		Adipositas (BMI ≥40)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
11	Psychisch	Suchterkrankung (Alkohol, Arzneimittel, Drogen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
12		schwere instabile psychische Störungen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Weitere Faktoren									
13		Relevante Verständigungsprobleme des Patienten	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
14		Keine kompetente erwachsene Kontakt- oder Betreuungsperson im Haushalt oder telefonisch erreichbar und zeitnah vor Ort in den ersten 24 h postoperativ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
15		Keine Transportmöglichkeit nach Hause postoperativ oder zurück in ein Spital, inkl. Taxi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
16		Anfahrtszeit >60 Min in ein Spital mit 24h Notfall und entsprechender Disziplin	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

ambulant statt stationär – Kriterien für stationär

Tabelle 1: Kriterien für eine stationäre Durchführung (vorgängige Fallbeurteilung)

Nr.	Kategorie	Kriterium	Eingriffe						Fragen und Bemerkungen des BAG für die Konsultation	
			Varizen	Hämorrhoiden	Inguinalhernien	Arthroskopien Knie	Zervix/ Uterus	Adenoidektomie, Tonsillotomie		
Alter										
1	Kinder	≤3 Jahre			?			✓?	Ansicht HNO: Kinder ≤6 J. Ist eine separate Altersgrenze für HNO-Operationen angezeigt?	
Schwere oder instabile somatische Co										
2	Herz-Kreislauf	Herzinsuffizienz	Kinder						≤3 Jahre	die Relevanz für die Reife?
3		Unkontrollierte a								
4	Broncho-pulmonal	Falls Allgemeinanästhesie: - COPD GOLD >II; Asthma instabil oder exazerbiert	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
5		Falls Allgemeinanästhesie: Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom OSAS mit AHI ≥ 15 und zuhause kein CPAP möglich	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
6	Gerinnungsstörungen Blutverdünnung	Entgleiste Gerinnungsstörungen, excl. im Rahmen einer Therapie	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
7		Therapeutische Atikoagulation Duale TC-Aggregationshemmung	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
8	Niereninsuffizienz	Niereninsuffizienz CKD >3	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
9	Metabolisch	Diabetes Mellitus instabil (oder BZ kap. perioperativ > 11.1 oder < 3.6 mmol/L) oder schlecht eingestellt (HbA1c > 8)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Nur bei Insulintherapie? Ist HbA1c > 8 ein geeignetes Kriterium für die	
10		Adipositas (BMI ≥40)	Relevante Verständigungsprobleme des Patienten							
11	Psychisch	Suchterkrankung (Alkohol, Arzneimittel, ...)	Keine kompetente erwachsene Kontakt- oder Betreuungsperson im Haushalt oder telefonisch erreichbar und zeitnah vor Ort in den ersten 24 h postoperativ							
12		schwere instabile psychische Störungen								
Weitere Faktoren										
13		Relevante Verständigungsprobleme des Patienten	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
14		Keine kompetente erwachsene Kontakt- oder Betreuungsperson im Haushalt oder telefonisch erreichbar und zeitnah vor Ort in den ersten 24 h postoperativ	Keine kompetente erwachsene Kontakt- oder Betreuungsperson im Haushalt oder telefonisch erreichbar und zeitnah vor Ort in den ersten 24 h postoperativ							
15		Keine Transportmöglichkeit nach Hause in ein Spital, inkl. Taxi								
16		Anfahrtszeit >60 Min in ein Spital mit 24h-Notaufnahme und Disziplin								

Keine Kostengutsprache für stationäre Behandlung

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 19. März 2014 betreffend die geplante Nasenoperation ab dem 24. März 2014.

Nach Durchsicht der medizinischen Akten, die unserem Vertrauensarzt vorliegen, ist keine medizinische Begründung für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung ersichtlich. Folglich halten wir an unserer Kostengutsprache vom 12. März 2014 fest und können uns lediglich im ambulanten Rahmen an den Kosten der obgenannten Behandlung beteiligen.

Wenn Sie noch Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Freundliche Grüsse

Assura



N. Liechti
Vertrauensärztlicher Dienst

**Fall 'assura' 2014
Nasenoperationen**

Keine Kostengutsprache für stationäre Behandlung

2.2 Das Bundesgericht erwog in **BGE 126 V 323** (E. 2b S. 326) - welchen die Vorinstanz zu Recht zitiert -, dass die Leistungspflicht für stationäre Behandlung eine Krankheit voraussetzt, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Die Spitalbedürftigkeit ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können oder die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Der Krankheitszustand der versicherten Person muss einen Spitalaufenthalt nicht unbedingt erforderlich machen; es genügt, wenn die medizinische Behandlung wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (vgl. hierzu auch Urteile K 53/04 26. August 2004 und K 68/06 vom 27. November 2006). Hingegen hat der Krankenversicherer nicht dafür aufzukommen, wenn ein Versicherter trotz nicht mehr bestehender **Spitalbedürftigkeit** aus sozialen Überlegungen oder mangels Platzangebot in einem Pflegeheim weiterhin in einer Heilanstalt untergebracht ist (**BGE 124 V 362** E. 1b; Urteil K 20/06 vom 20. Oktober 2006, E 1 und 3.4).

Keine Kostengutsprache für stationäre Behandlung

Vorgehen:

- ... auch persönliche, familiäre, soziale Gründe rechtfertigen eine stationäre Behandlung
- Anforderung einer „widerspruchsfähigen Begründung“ der Ablehnung durch Vertrauensarzt (Pat. muss dies anfordern !)
- Lassen Sie sich nicht durch die KK zum ambulanten Eingriff zwingen !!!
- Musterbrief auf unserer Homepage abrufbar



UVG - - Tarmed 1.08BR bis Ende 2018 gültig

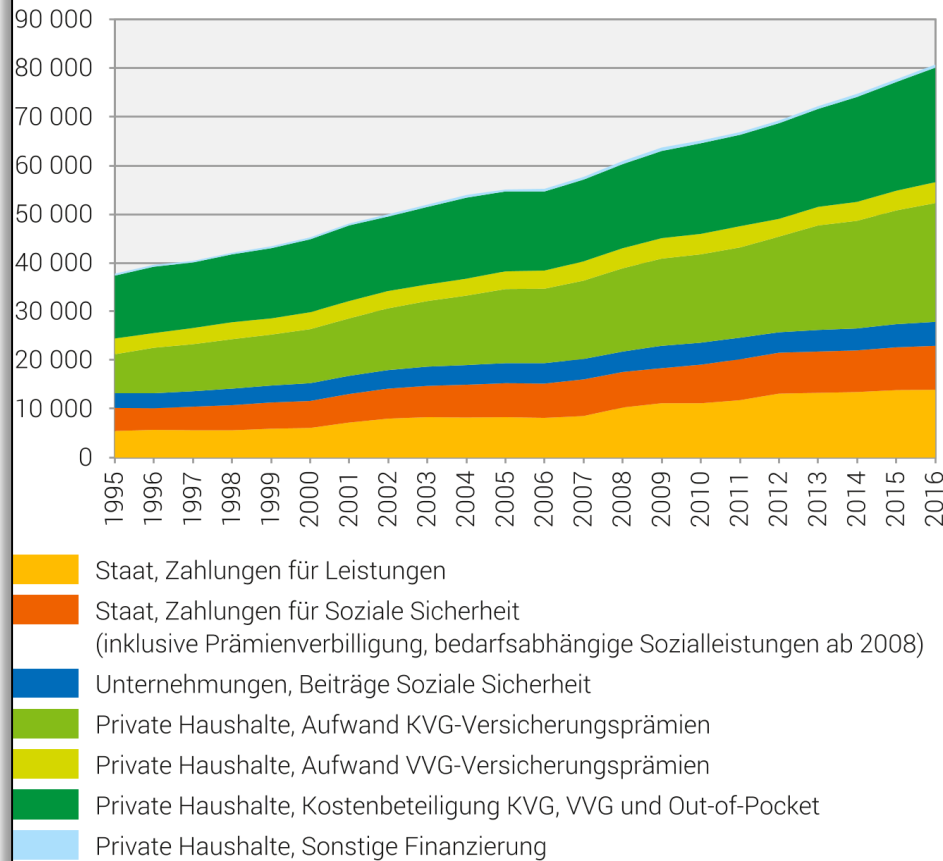
{FMH

Situation im UV-, MV und IVG-Bereich (2)

- Die DV der FMH stimmte Ende Januar 2018 der Anpassung des bestehenden Tarifvertrages zu – unter Vorbehalt eines Abschluss eines Letter of Intent (LOI)
- Die Verhandlungen mit der MTK gestalteten sich schwierig
- **Die MTK lehnte den Abschluss eines LOI kurz vor der März DV ab**
- **Die März DV der FMH ratifizierte daher die Tarifierhöhung per 1. April 2018 nicht**
- Damit kommt im **UV-, MV und IVG-Bereich** bis auf weiteres die bisherige **Version TARMED 1.08_BR zur Anwendung**

Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquellen

In Millionen Franken



Retropolation 1995–2007
2016: provisorische Daten

Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)
revidiertes Modell 2017

© BFS 2018

POLITIK ■ GESUNDHEITSKOSTEN

Gesundheitskosten steigen auf über 80 Milliarden Franken

Veröffentlicht am: 19. April 2018 11:43

Letzte Aktualisierung: 19. April 2018 11:52

2016 haben die Gesundheitsausgaben in der Schweiz um 3,2 auf 80,7 Milliarden Franken zugenommen. Spitäler waren die grössten Kostentreiber.

Von den Mehrausgaben in Höhe von 3,2 Milliarden Franken entfiel der grösste Anteil von 1,3 Milliarden Franken auf die Spitäler.

Bei sozialmedizinischen Einrichtungen wie Alters- und Pflegeheimen stiegen die Ausgaben um 0,4 Milliarden Franken, bei den Arztpraxen um 0,2 Milliarden und bei anderen ambulanten Leistungserbringern um 0,5 Milliarden Franken. Dies Anbieter machen zusammen 77 Prozent der Gesundheitskosten aus.

Wachstum im Durchschnitt der Vorjahre

Mit 3,8 Prozent lag das Wachstum im Durchschnitt der Vorjahre. Das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt stieg von 11,9 auf 12,2 Prozent. Dies geht aus den **provisorischen Daten des Bundesamts für Statistik (BFS)** hervor.

Gesundheitspolitik ...

de fr it Zürich 29°

20 minuten

Schweiz Ausland **Wirtschaft** WM 2018 Sport People Entertainment Die

News Taschengeldrechner Börse Krankenkassen-Vergleich

Ihre Story, Ihre Informationen, Ihr Hinweis? feedback@zominuten.ch

Krankenkasse 19. Juni 2018 05:32; Akt: 19.06.2018 07:17

Prämien sollen nächstes Jahr um 4 Prozent steigen

Die verordneten Senkungen von Medikamentenpreisen und Tarifen verpuffen laut dem Internetvergleichsdienst Comparis.



BR: Kostendämpfung mittels 12 Massnahmen

So will der Bundesrat das Gesundheitswesen umkrepeln

Veröffentlicht am: 29. März 2018 11:26, von Christoph Meier

Letzte Aktualisierung: 30. April 2018 11:58



Der Vorgehensvorschlag für das 12-Punkte-Programm kommt vom Departement des Innern | EDI-Vorsteher Alain Berset (PD)

Tarifbüro, mehr Daten von Tarifpartnern oder Referenzpreise: Um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu dämpfen, hat der Bundesrat nun ein Programm mit zwölf Massnahmen verabschiedet.

› **6. Steuerung der Kosten durch Tarifpartner:** Die Leistungserbringer und Versicherer sollen gesetzlich verpflichtet werden, in ihren Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen vorzusehen. Tun sie dies nicht, kann die Genehmigungsbehörde (Bundesrat oder Kantone) solche Massnahmen festsetzen.

› **7. Pauschalen im ambulanten Bereich:** Um die Pauschalabgeltung im ambulanten Bereich zu fördern, sollen die Leistungserbringer dazu verpflichtet werden, mit den Versicherern mehr Pauschalen im ambulanten Bereich zu vereinbaren oder zumindest mehr Anreize für deren Vereinbarung zu setzen. Um diese Entwicklung zu fördern, soll die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates in diesem Bereich erweitert werden.

Übersicht - Informationen - Tarife

Globalbudget: Fast alle befürchten längere Wartezeiten

Veröffentlicht am: 19. Juni 2018 10:40

Letzte Aktualisierung: 19. Juni 2018 11:10



Neun von zehn Personen aus der ganzen Schweiz gehen davon aus, dass ein Globalbudget zu längeren Wartezeiten führt | Pixabay

Globalbudgets im Schweizer Gesundheitswesen werden laut einer Repräsentativumfrage sehr kritisch beurteilt: Die Sorge vor Abstrichen bei der Versorgung ist gross.

Übersicht - Informationen - Tarife



Tarife ohne Fehlanreize

TARMED muss dringend totalrevidiert werden

- Defizit im ambulanten Bereich der Spitäler und Kliniken beläuft sich auf CHF 900 Mio./Jahr
- Medizinisch unsinnige Zeitlimitationen in Kindermedizin, Notfallmedizin, Altersmedizin (Demenz, chronisch und mehrfach Erkrankte), Psychiatrie, Onkologie
- Ambulante medizinische Entwicklung wird gebremst
- Daten und Beschlussfassung als Herausforderungen

H+ arbeitet mit Partnern in ats-tms ag an neuem ambulanten Tarif mit Ziel Einreichung vor Ende 2018.



DAS BUNDESGERICHT HAT ANDERS ENTSCHIEDEN !

Luzerner
Zeitung

Reise
magazin

MENÜ - NACHRICHTEN SPORT MAGAZIN AGENDA & KINO

Luzern · Zentralschweiz · Schweiz · International · Wirtschaft · Kultur · Panorama · Bilder · Videos

Gericht verhindert Prämienschub: Bund darf bei Ärzten sparen



**Tarmed:
Mehr Freiheit
für den Bundesrat**

Die Regierung darf bei den Tarmed-Tarifen auch politischen Anliegen Rechnung tragen.

Janine Hosp

Der Bundesrat wollte 2014 die Hausärzte besserstellen und führte für sie im Ärztetarif Tarmed eine neue Position ein. Im Gegenzug kürzte er die Taxpunkte von technischen Leistungen linear um 8,5 Prozent. Eine Klinik im Kanton Luzern jedoch war damit nicht einverstanden. Sie ignorierte diese Anpassungen und verrechnete weiterhin nach dem alten System. So konnte sie der

n wird jedoch ändern ange-
offen, wie Ber-
stem ausgestal-
ass das BAG wie
je vorgeschlagen
gepasstes System
erenzpreissystem
erenzpreis für Ge-
schweiz für Ge-
ausarbeitet. Das
ein an-
system
erband
ler von
nd von
courten
soll gewähren, dass die Schweiz attraktiv bleibt. Mög-
nerika-Hersteller attraktiv bleibt. Mög-
lich wäre es, dass die Kassen nicht nur
das jeweils billigste Generikum über-
nehmen müssen, sondern dass das BAG
band definiert. Zudem werden
teurere Präparate

**Allerdings führt das Urteil letztlich zu einer grösseren
Rechtsunsicherheit, da offenbar neben den gesetzlichen
Vorgaben nun auch noch eine politische Dimension dazukommt !**

Gesundheitspolitik ...

Aktuelle Kostendiskussion:
Viel Lärm und keine Lösungen

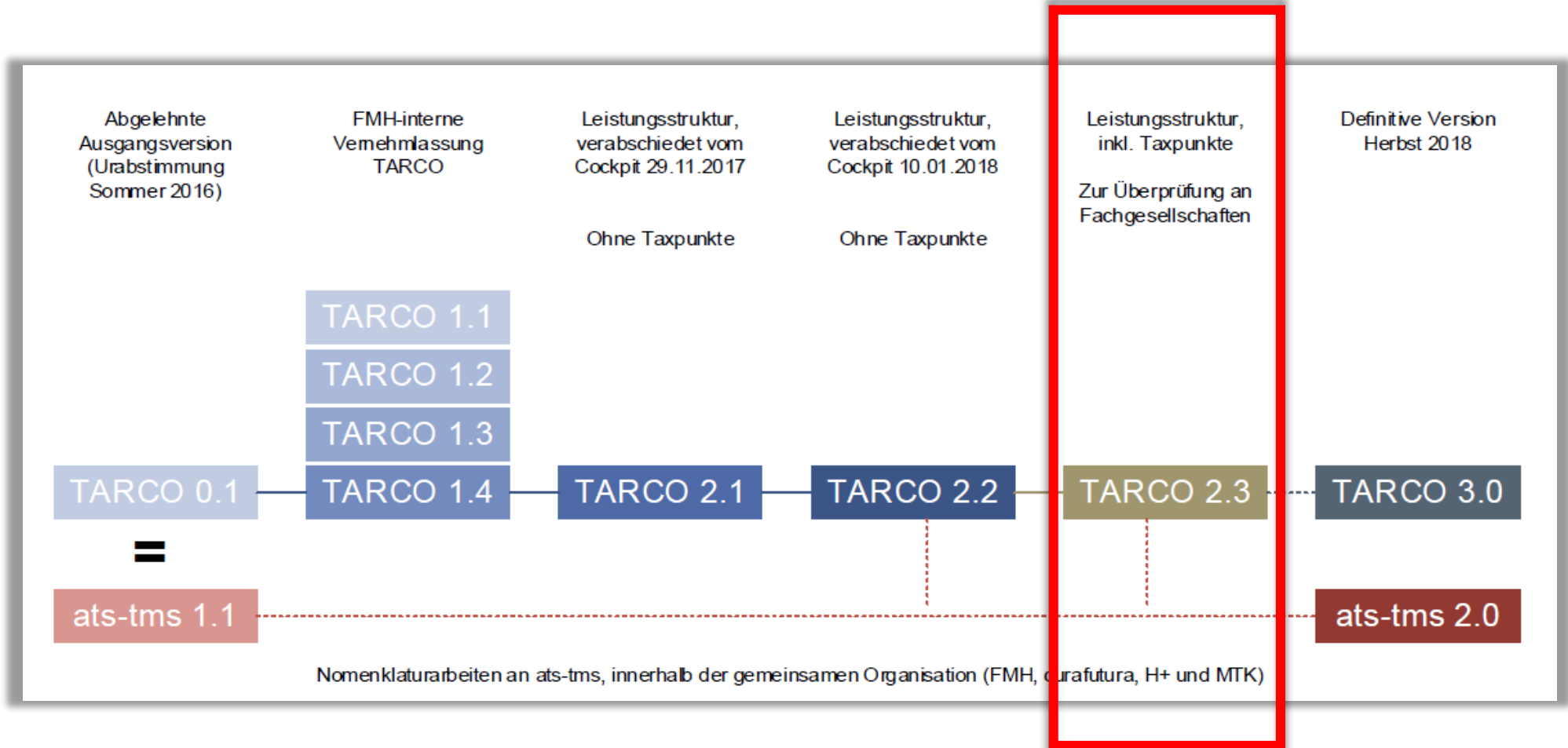
Medienmitteilung – Bern, 13. April 2018 FMH ist über Bundesgerichtsentscheid erstaunt Die FMH nimmt den **Bundesgerichtsentscheid** zum ersten Tarifeingriff durch den Bundesrat aus dem Jahr 2014 zur Kenntnis. Dass sich der Bundesrat nach Ansicht des Bundesgerichts von **politischen Anliegen leiten lassen darf**, während sich die Tarifpartner strikt an die Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes KVG halten müssen, nimmt die FMH mit Erstaunen zur Kenntnis. Gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG muss der ambulante Tarif TARMED **sachgerecht** strukturiert und **betriebswirtschaftlich** bemessen sein. Die Tarifpartner haben sich bei der Erarbeitung der Tarifstruktur an diese Vorgaben des Gesetzgebers zu halten. Mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts **gelten für den Bundesrat neu nicht dieselben Grundsätze**: Er darf Taxpunkte bestimmter Positionen linear kürzen und muss damit nicht mehr denselben Vorgaben folgen wie die Tarifpartner. Der Bundesgerichtsentscheid vergrössert die Rechtunsicherheit für die Tarifpartner. Entscheidend ist für die FMH, das erklärte Ziel der Gesamtrevision des TARMED weiterzuverfolgen und zusammen mit den Tarifpartnern eine revidierte, sachgerechte und betriebswirtschaftliche Tarifstruktur beim Bundesrat zur Genehmigung einzureichen. Das Projekt ist auf Kurs und die FMH ist zuversichtlich, eine gemeinsame Lösung mit den Tarifpartnern zu finden.



Weiterer Zeitplan Projekt TARCO



TARCO (tarmed consensus) Spartenkalkulation



TARCO (tarmed consensus) Spartenkalkulation



Ausschuss Kostenmodelle (2)

Kostenmodell KOREG

- Das Kostenmodell KOREG basiert auf Daten aus der Finanzbuchhaltung von über 9000 Arztpraxen bzw. 20'000 Datensätze (Rollende Kostenstudie Arztpraxen, RoKo, Ärztekasse).
- Aufgrund der geringen Differenzen zwischen den existierenden KOREG-Sparten wurde entschieden, die Sparten zu gruppieren und einheitlich zu rechnen.
- Das KOREG-Kostenmodell wurde in den vergangenen Wochen aktualisiert. Neu basiert das Modell auf RoKo-Daten aus den Jahren 2014-2016. Basierend auf dem gleichen Zeitraum sind die empirischen Spartenbetriebsdauern, die von NewIndex ermittelt wurden.

TARCO (tarmed consensus) Spartenkalkulation

FMH

Ausschuss Kostenmodelle (3)

Kostenmodell INFRA

- Gemäss Beschluss der DV wurde auch das INFRA-Kostenmodell nochmals überprüft.
- Aufgrund des Zeitdrucks konzentriert sich diese Arbeit auf die kostenintensiven Bereiche Gastroenterologie, Kardiologie, Nuklearmedizin, Radiologie, Radio-Onkologie sowie den OP.
- Fazit:
 - Apparate und Geräte werden grundsätzlich nicht günstiger werden; sie werden mit jedem Entwicklungsschritt funktionaler und bieten mehr Möglichkeiten.
 - Zu einer grossen Kostensteigerung ist es im Bereich des nichtärztlichen Personals gekommen
 - Höhere Relevanz haben in den letzten Jahren auch die Wartungsverträge bekommen: Pro Jahr ist mit Wartungskosten im Umfang von 10 Prozent des Kaufpreises eines Gerätes zu rechnen.

TARCO - prov. Spartenkalkulation

TARCO: Spartenkalkulation

Nr.	Bezeichnung	Tarifgeber TARCO	KOREG Cluster	Tarifwirksamkeits- index	Kostensatz AL / min	Kostensatz IPL / min
0001	Sprechzimmer	KOREG_Mod Y	Sprechzimmer	80%	2.489	1.957
0002	Sprechzimmer Psychiatrie	KOREG_Mod X	Sprechzimmer Psychiatrie	70%	2.845	1.671
0010	UBR Chirurgie und Kinderchirurgie	INFRA		80%	2.489	2.702
0016	UBR Gynäkologie und Geburtshilfe	KOREG_Mod Y	UBR 1 ALLG	80%	2.489	2.544
0017	UBR Ophthalmologie	KOREG_Mod Y	UBR 3 ALLG	80%	2.489	4.149
0018	UBR ORL	KOREG_Mod Y	UBR 2 ALLG	80%	2.489	3.134
0019	UBR Urologie	KOREG_Mod Y	UBR 1 ALLG	80%	2.489	2.544
0021	UBR Dermatologie	KOREG_Mod Y	UBR 2 ALLG	80%	2.489	3.134
0022	UBR Grundversorger	KOREG_Mod Y	UBR 1 ALLG	80%	2.489	2.544
0027	UBR Pneumologie	KOREG_Mod Y	UBR 1 ALLG	80%	2.489	2.544
0037	Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie	INFRA		-	-	2.431
0041	UBR Schmerztherapie	KOREG_Mod Y	UBR 1 ALLG	80%	2.489	2.544
0042	Gipsraum	INFRA		79%	2.521	4.269
0053	Gebärsaal	INFRA		70%	2.845	2.864
0055	Anästhesie Vor- und Nachbereitung, MAC, IAK I, IAK II	INFRA		74%	2.691	in Überarbeitung
0056	Anästhesie, IAK IV	INFRA		74%	2.691	in Überarbeitung
0057	Schockraum	INFRA		70%	2.845	5.609
0060	EKG-Platz	KOREG_Mod Y	UBR 1 ALLG_nä. Tätigkeiten	79%	2.521	2.108
0061	EKG-Labor	KOREG_Mod Y	UBR 2 ALLG	79%	2.521	3.134
0062	Elektrophysiologisches Labor / Katheterplatz allgemein	INFRA		75%	2.655	in Überarbeitung
0063	Echokardiografie	KOREG_Mod Y	UBR 4 ALLG	79%	2.521	4.575
0064	UBR Angiologie	KOREG_Mod Y	UBR 1 ALLG	80%	2.489	2.544
0067	Elektrokrampftherapie	INFRA		80%	2.489	2.516
0070	Lichttherapie (Dermatologie)	KOREG_Mod Y	UBR 1 ALLG_nä. Tätigkeiten	80%	2.489	2.108
0071	Dermatologische Lasertherapie	INFRA		79%	2.521	3.049
0072	Röntgentherapie	INFRA		79%	2.521	6.425
0080	Urologischer Endoskopieraum	INFRA		75%	2.655	3.516
0081	Urologische Funktionsdiagnostik	INFRA		79%	2.521	3.245
0082	Extrakorporale Lithotripsie (ESWL)	INFRA		79%	2.521	4.729
0090	Camera silens	KOREG_Mod Y	UBR 1 ALLG	79%	2.521	2.544
0091	Funktionsdiagnostik ORL	KOREG_Mod Y	UBR 1 ALLG	79%	2.521	2.544
0092	Phoniatrie	INFRA		80%	2.489	2.227
0093	Audiologisches technisches Labor	INFRA		79%	2.521	2.922
0100	Funktionsdiagnostik Ophthalmologie	KOREG_Mod Y	UBR 1 ALLG	79%	2.521	2.544
0101	Klinische ophthalmologische Diagnostik	KOREG_Mod Y	UBR 3 ALLG	79%	2.521	4.149
0102	Ophthalmologischer Laser	KOREG_Mod Y	UBR 3 ALLG	79%	2.521	4.149



Weiterer Zeitplan Projekt TARCO

