

TARPSY einst, jetzt und ?

Dr. med. Jürg Unger-Köppel

Departement Stationäre Versorgung und Tarife

einst

Woher kommen wir?

- Die politische Idee für die Tarife: Mit wirtschaftlichen Anreizen gibt es mehr für weniger
- Seit Einführung der DRGs sank die jährliche Wachstumsrate der rein stationären somatischen Leistungen von 7 auf 3 % pro Jahr
- ABER: DRG sind kein Panaceum → TARPSY und STRReha
- Entwicklung von TARPSY (zuerst PsySuisse) ab ca. 2006
- Einführung nach 12 (zwölf) Jahren und mehreren Vorversionen

Bedeutung von TARPSY

- TARPSY mit **Tages**pauschalen ist ein Erfolg für die Psychiatrie
- Auch der Bundesrat anerkennt mit TARPSY, dass für die Psychiatrie nicht einfach die Spielregeln der Somatik übernommen werden können (\Leftrightarrow psychiatrischen Tageskliniken)
- TARPSY ist damit ein starkes politisches Zeichen für eine Psychiatrie als eigenständiges Fachgebiet

TARPSY als Zeichen der Eigenständigkeit



Ein kritischer Einschub

- Die politische Idee für die Tarife: Mit wirtschaftlichen Anreizen gibt es mehr für weniger
- Stimmt dieses Anreizsystem auch für die Psychiatrie?
- Generell gilt:
 - Somatische Medizin = Das Angebot dominiert den Markt
 - Psychiatrie = Die Nachfrage dominiert den Markt
- Beispiel mögliche Kickbacks im Angebotsmarkt:
Das System gibt Anreize, Zuweisenden eine «Anerkennung» zu geben
- «Verkehrte Welt»:
Bei einem Nachfrageüberhang sollte der Nicht-Zuweiser eine «Anerkennung» bekommen

Kritische Gedanken

- Braucht es ein Anreizsystem zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer wenn die Kliniken oft überbelegt sind und zugleich meist eine Aufnahmepflicht besteht?
- Drehtürpsychiatrie wurde vor sehr vielen Jahren als ungünstig für die Patienten erkannt

Kritische Schlussfolgerungen

- TARPSY mit Tagespauschalen ist für die Psychiatrie ein grosser Erfolg
- Die wirtschaftlichen Anreize sind mit TARPSY etwas besser gesetzt als sie es mit DRG wären, aber sie bleiben mit TARPSY ohne zusätzliche Massnahmen aus Patientensicht falsch gesetzt
- **Die richtigen Anreize müssen zu Gunsten der Patienten differenzierter gesetzt werden, sodass die Verlagerung von stationär zu intermediär zu ambulant mit finanziellen Anreizen unterstützt wird!**

jetzt

1.1.2018 - TARPSY 1.0

- TARPSY ist für die Erwachsenen «scharf gestellt»
 - Viele Kliniken hatten bereits über Jahre Daten gesammelt
 - Die psychiatrische Diagnostik für TARPSY ist sehr einfach, da nur die groben diagnostischen Kategorien genutzt werden:
 - TP20, TP21, TP24, TP 25, TP 26, TP 27, TP28, TP 29, TP30
 - TP70
 - TP96
- N = 9 + 2

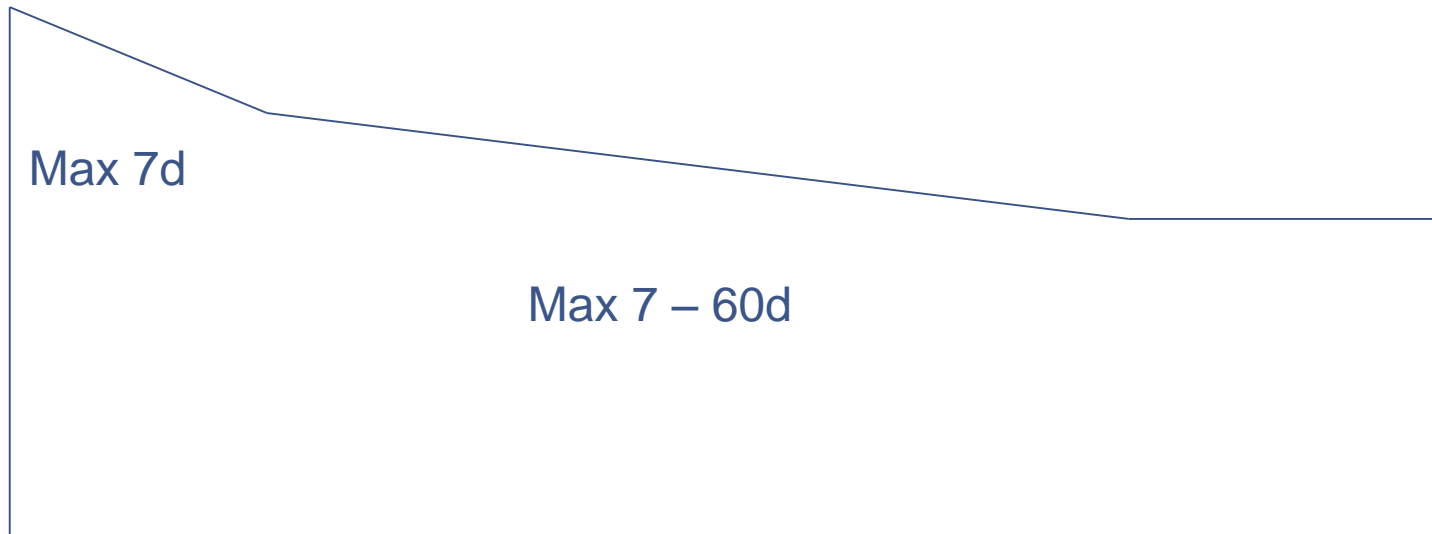
Dazu noch einige Untergruppen, die auf Daten von ANQ beruhen

Wieso ist Datenqualität ein Thema?

- Die psychiatrischen Daten i.e.S. sind sehr einfach zu erfassen
- Die Nebendiagnosen aus der Somatik sind in der Psychiatrie bisher wenig beachtet worden
- Die Krux liegt bei den Kostendaten (obwohl Rekole längst etabliert wäre) und die GDK den Kantonen die Rekolezertifizierung als Kriterium für die Aufnahme auf die Spitallisten empfiehlt

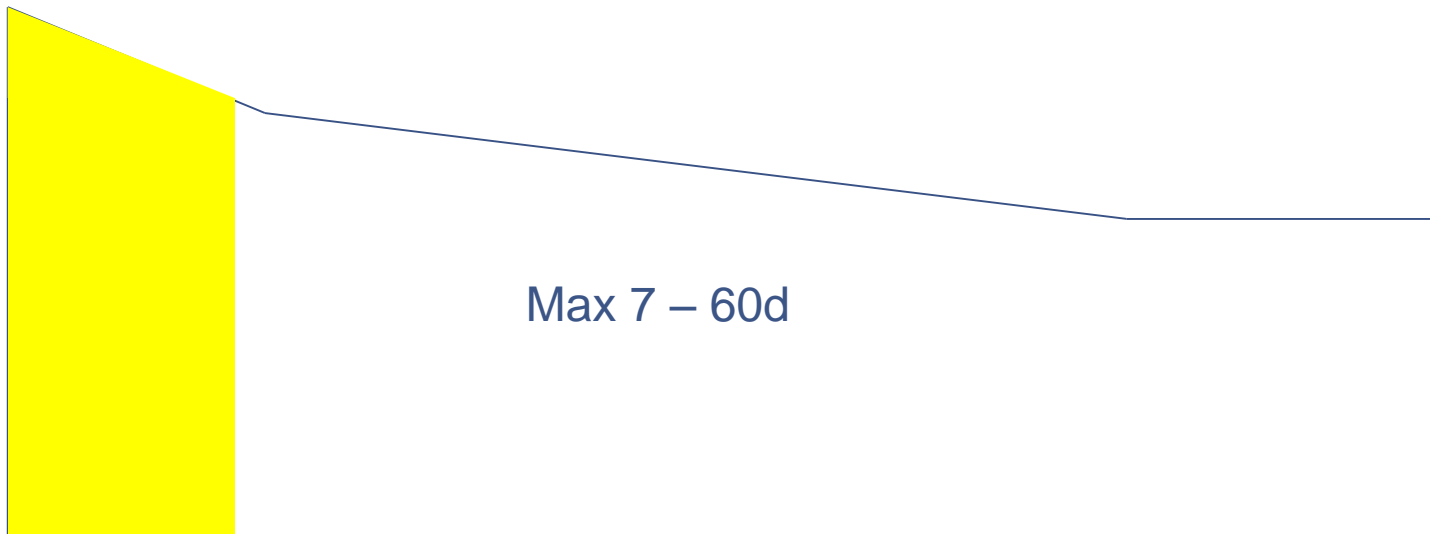
Finanzen

- Ein CEO berichtete von seinen Berechnungen:



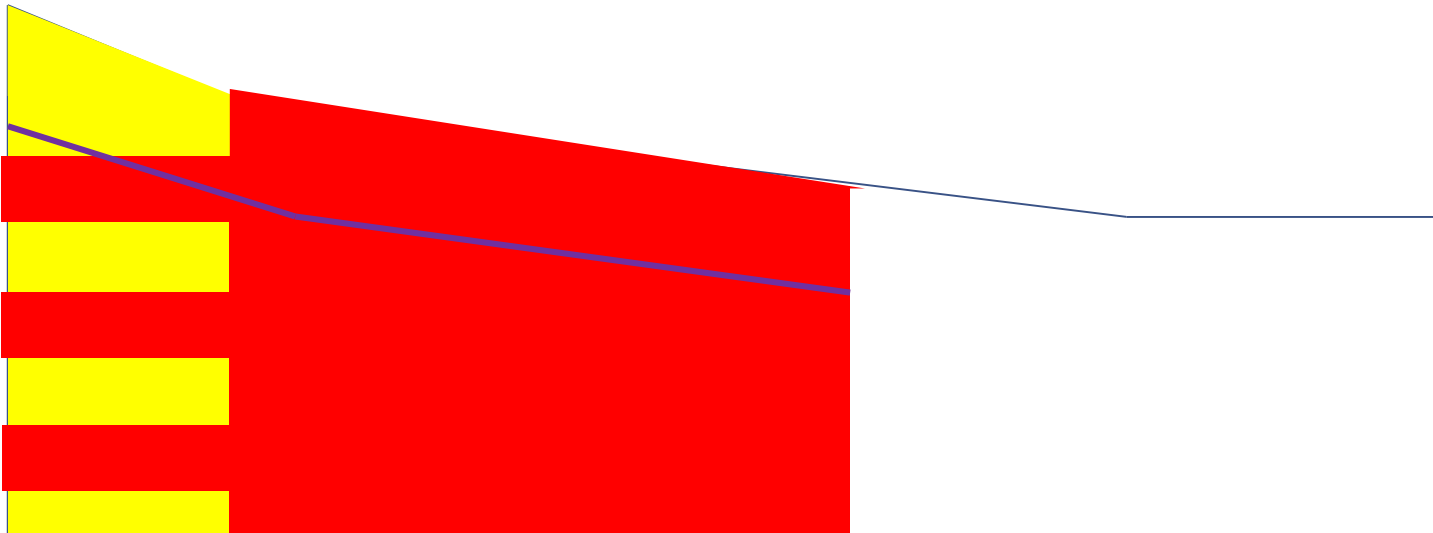
Finanzen

- Ein CEO berichtete von seinen Berechnungen:



Finanzen

- Ein CEO berichtete von seinen Berechnungen:



Wo kriege ich mehr Geld, wenn ich die **Kosten** tief halte?

IT

- Eine Chefärztin berichtete von ihren Sorgen:
Die Erfassung im KIS braucht ein anderes System als die Erfassung der Diagnose für die PCGs braucht ein anderes System als die Erfassung von ANQ braucht ein anderes System als die Zeiterfassung der Ärzteschaft.....
(da hatte die Politik vielleicht nicht ganz unrecht)
- Und die Zeit fern vom Patienten steigt und steigt.....

Urlaubserfassung

- Ein Pflegedirektor berichtete von seinen Sorgen:
Der Patient darf 23 Stunden und 59 Minuten abwesend sein:
 - Was geschieht, wenn der Patient 5 Minuten zu spät kommt?
 - Der Patient ruft an und kündigt eine kleine Verspätung an?
 - Gilt die verordnete Abwesenheit oder die effektive?
 -?
- Die Folge: zahlreiche Sitzungen zur Festlegung der
Abteilungsübergreifenden Praxis der Urlaubserfassung der Pflege
und der Ärzteschaft für die ganze Klinik (und für die
verschiedenen «Königreiche»)
- Und wer verbringt Zeit beim Patienten?

Zielkonflikt im Tarifsystem

- Divergierende Ziele:

Einfache Erfassung

(= kein Mehraufwand
= Administrationsaufwand ↓)

Hohe Genauigkeit

(= hoher Dokumentationsaufwand
= Patientenferne Kosten ↑)

Leistungserbringer

Kostenträger & Datenjäger

Bestehendes Verwenden

Neue Erfassungstools

- Spektrum:

Tagespauschale = einfachste Methode



Einzelleistungsausweis = aufwändigste Methode

und ?

TARPSY 2.0 / 3.0 / 4.0 usw.

- Tarifentwicklung ist Antragsgesteuertes Datenfischen in den Datenwolken der eingegebenen Daten (mit einer medizinischen Brille)
- Das heisst: Je besser die Daten die Realität abbilden desto besser wird der Tarif an die Realität angenähert werden können
- Positionen FMH:
 - Veränderungen mit Mass, transparent und medizinisch sinnvoll
 - wenige und kostentrennende CHOP Codes
 - verbesserte Alterssplits (Kinder & Senioren)
 - 1 Nebendiagnose \neq mehrere Nebendiagnosen in der Vergütung

Forensik

- Für spezialisierte Forensikstationen ist der TARPSY unsinnig
- Dies ging in der Version 1.0 unter und konnte nicht mehr grundlegend korrigiert werden
- Ab TARPSY 2.0 ist es offiziell möglich, für spezialisierte Forensikstationen nicht nach TARPSY abzurechnen (wird dem Bundesrat entsprechend beantragt)

Jugendliche

- TARPSY 2.0 ist 100% Kosten deckend für <18 jährige
- ABER: Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie (= relevanter Anteil der Fälle) sind günstiger als in der spezialisierten Jugendpsychiatrie → der Tarif schafft einen Fehlanreiz der gegen die UNO Kinderrechtskonvention verstösst
- Die Honos/CA Daten von Jugendlichen in Erwachsenenpsychiatrien sind zum grossen Teil falsch

Kinder

- Es gibt weiterhin viel zu wenige Daten für das Kindersegment
- Zugleich ist die Behandlung von Kindern noch teurer als jene von Jugendlichen → die finanziellen Fehlanreize sind noch gravierender
- Trotzdem bestehen die Kostenträger auf der Einführung von TARPSY 2.0 bei Kindern und Jugendlichen
- Vielleicht kommt es auf der Homepage von SwissDRG noch zu einer Feststellung des Verwaltungsrates, dass die höheren Kosten für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in den Tarifverhandlungen entsprechend berücksichtigt werden müssen (Wirksamkeit dieser Massnahme in der Tarifverhandlungspraxis?)

Was würde Psychiatrie Patienten helfen?

- Eine differenzierte Finanzierung in der Psychiatrie (wo ein deutlicher Nachfrageüberhang besteht)
- Die Basis bildet eine einheitliche Finanzierung Ambulant – Stationär (EFAS / Kassen und Kantone beteiligen sich in beiden Bereichen gleich)
- Es braucht TARCO, TARPSY und Komplexpauschalen für bestimmte Patientengruppen (zum Beispiel chronisch schizophrene Patienten) sowie eine kostendeckende Finanzierung der intermediären Angebote (institutionelle Ambulanz, Tages- & Nachtkliniken, Hometreatment)

Die Psychiatrie braucht eine geeignete integrierte Finanzierung bevor die Sonne untergeht



A white speech bubble with a tail pointing towards the bottom left, containing the text 'Herzlichen Dank'.

Herzlichen Dank