

Bericht

zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs

Stand Juni 2023

Version 1.0

Inhalt

TABELLENVERZEICHNIS	I
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	II
1 EINLEITUNG	1
2 GRUNDSÄTZLICHE LOGIK DES PATIENTENPAUSCHALTARIFS	2
2.1 Aufbau und Funktionsweise	2
2.2 Anlehnung an bestehende Tarifstrukturen	5
3 DATEN	6
3.1 Datenerhebung	6
3.1.1 Grundlagen	6
3.1.2 Format	6
3.1.3 Datenlieferanten	7
3.2 Datenaufbereitung	9
3.2.1 Plausibilisierung	9
3.2.2 Fallselektion	9
3.2.3 Kalkulationsdatensatz	9
4 KLASSIFIKATION DER PATIENTENKONTAKTE MITTELS ENTSCHEIDBAUMLOGIK	11
4.1 Einleitung	11
4.1.1 Capitula	11
4.1.2 Basisfallgruppe	12
4.1.3 Fallgruppe	13
4.2 Entwicklung	13
4.2.1 Zuordnung	13
4.2.2 Erstellung der Entscheidungsbaumlogik	13
4.3 Genauere Erläuterungen nach Capitulum	14
4.3.1 Prä-Capitulum	14
4.3.2 Capitula 1-24	14
4.3.3 Cap30	14
4.4 Katalog der ambulanten Fallgruppen	14
4.5 Inhalt des Patientenpauschaltarifs	14
5 BEWERTUNG	16
5.1 Kostengewichte	16
5.2 Unbewertete Fallgruppen	16
5.3 Bezugsgrösse	16
6 KENNZAHLEN	18

6.1	Fallgruppen.....	18
6.2	Homogenität der Fallgruppen.....	18
6.3	Patientenkontakte pro Fallgruppen.....	19
6.4	Systemgüte.....	19
6.5	Casemix Index und Anzahl Patientenkontakte.....	19
6.6	Abdeckungsgrad.....	20
6.7	Finanzierungsgrad.....	20
6.8	Kostenfolgeschätzung.....	21
7	AUSBLICK WEITERENTWICKLUNG UND TARIFPFLEGE.....	22
7.1	Roadmap.....	22
7.2	Anwendungsbereich.....	22
7.3	Ausdifferenzierung.....	23
7.4	Daten.....	23
7.4.1	Datenrepräsentativität.....	23
7.4.2	Datengrundlage niedergelassener Bereich.....	23
7.5	Separat verrechenbare Leistungen.....	23
7.6	Antragsverfahren.....	23
8	ANHANG.....	24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Anzahl Datenlieferanten.....	7
Tabelle 2: Liste der Spitäler mit Datenlieferungsvertrag.....	8
Tabelle 3: Übersicht der gelieferten Fälle	10
Tabelle 4: Übersicht Patientenkontakte im Kalkulationsdatensatz	10
Tabelle 5: Illustration der Übereinstimmung von Capitula und TARMED-/SwissDRG-Hauptkapitel	11
Tabelle 6: Im Katalog der ambulanten Fallgruppen geführte Capitula.....	11
Tabelle 7: Illustration der Zuweisung von TARMED-Positionen zu einem Capitulum.....	12
Tabelle 8: Illustration der Zuteilung aufgrund Hauptdiagnose zwischen SwissDRG und ambulanten Pauschalen	13
Tabelle 9: Ergebnisse der Kategorisierung und Kostenzuteilung	17
Tabelle 10: Anzahl Fallgruppen	18
Tabelle 11: Anzahl Patientenkontakte in bewerteten und unbewerteten Fallgruppen	18
Tabelle 12: Anzahl Fallgruppen	18
Tabelle 13: Verteilung Fallgruppen nach Grad der Homogenität	18
Tabelle 14: Verteilung Fallgruppen nach Fallzahl	19
Tabelle 15: Statistische Kenngrößen.....	19
Tabelle 16: Casemix Index und Anzahl Patientenkontakte	19
Tabelle 17: Casemix Index und Anzahl Patientenkontakte nach Spitalkategorie	19
Tabelle 18: Casemix Index und Anzahl Patientenkontakte nach Alterskategorie	20
Tabelle 19: Abdeckungsgrad Patientenpauschaltarif, Anteil Patientenkontakte	20
Tabelle 20: Abdeckungsgrad Patientenpauschaltarif, Anteil TARMED-Erlös	20
Tabelle 21: Deckungsgrad nach Alterskategorien.....	21
Tabelle 22: Hypothetische Kostenfolgeschätzung	21

Abkürzungsverzeichnis

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
DRG	Diagnosis Related Group
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
GTIN	Global Trade Item Nummer
HK	Homogenitätskoeffizient
ICD	International Classification of Diseases
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MDC	Major Diagnostic Category
OAAT AG	Organisation ambulante Arzttarife AG
OR	Operating Room
TPW	Taxpunktwert
Cap	Capitulum

1 Einleitung

Mit Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. Juni 2021 beschloss der Gesetzgeber im Rahmen des Massnahmenpakets 1a zur Kostendämpfung eine wegweisende Änderung in der Tarifierung ambulanter Leistungen. Sieht Art. 43 Abs. 2 KVG in der heutigen Fassung die Berechnung der Vergütung aufgrund eines Zeittarifs, Einzelleistungstarifs oder eines Pauschaltarifs ohne besonderen Vorrang eines einzelnen Tarifs vor, so muss mit Inkrafttreten von Art. 43 Abs. 5ter KVG eine vom Bundesrat genehmigte oder festgelegte Tarifstruktur für auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife von allen Leistungserbringern für die entsprechenden Behandlungen angewandt werden.

H+ und santésuisse sind gewillt und bestrebt, dieses neue gesetzliche Tarifsysteem möglichst rasch zu verwirklichen und in diesem Zusammenhang ein neues Patientenpauschaltarifsysteem einzuführen. Angesichts der noch fehlenden massgeblichen Verordnungsbestimmungen für diese Gesetzesänderung, der kurzen Frist bis zur Inkraftsetzung und der Komplexität bei der Einführung eines neuen Tarifsystems haben die beiden Tarifpartner Ende 2021 die Vorversion 0.2 und Ende 2022 die Vorversion 0.3 dem Bundesrat zur Prüfung respektive Weiterführung des Austausches mit dem BAG auf technischer Ebene eingereicht. Das Gesuch für die Einführungsversion 1.0 wird dem Bundesrat Ende 2023 eingereicht. Der vorliegende Bericht beschreibt die Entwicklung der Tarifstruktur in der Version 1.0.

Ziel des ambulanten Pauschalensystems ist es, als selbstlernendes System auf der Basis von realen Kosten- und Leistungsdaten die ökonomische und medizinische Realität in einer laufend aktualisierbaren Tarifstruktur abzubilden. Analog zum stationären Pauschalensystem SwissDRG erarbeitet die *solutions tarifaires suisses AG* regelmässig, spätestens nach Abschluss der dynamischen Kostenneutralität jährlich eine Folgeversion.

Der Tarif trennt die Tarifstruktur vom Preis, was eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur ermöglicht. Dies erfolgt analog zur Logik der für stationäre Behandlungen geltenden Tarifstrukturen. Dabei bildet das Kostengewicht (Relativgewicht) der einzelnen Fallgruppen die Tarifstruktur ab und die Baserate den Preis. Der Basispreis wird zwischen Leistungserbringern oder Gruppierungen von Leistungserbringern auf der einen Seite und den Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer auf der anderen Seite vereinbart.

Die Kostengewichte der ambulanten Fallgruppen werden unabhängig der stationären Fallpauschalen bewertet. Die Berechnung der ambulanten Kostengewichte beruht auf ambulanten Kostendaten unter Anwendung des anerkannten REKOLE®-Branchenstandards. Dies gewährleistet eine sachgerechte und transparente Bewertung der Leistungen auf Ebene der Tarifstruktur, die jährlich mit neuen Kosten- und Leistungsdaten aktualisiert werden können.

2 Grundsätzliche Logik des Patientenpauschaltarifs

2.1 Aufbau und Funktionsweise

Der Aufbau und die Funktionsweise der hier vorliegenden ambulanten Pauschalen sind in Anlehnung an das bekannte und bewährte SwissDRG-System und werden nachfolgend anhand verschiedener Stichwörter erläutert.

Datenbasiert

Die ambulanten Fallgruppen wurden basierend auf echten, von zahlreichen Schweizer Spitälern zur Verfügung gestellten, ambulanten Kosten- und Leistungsdaten aus den Jahren 2019, 2020 und 2021 erarbeitet. Der Leistungsdatensatz wurde aus den abgerechneten Tarifiziffern (u.a. TARMED, freiwillige Pauschalen), der Kostendatensatz aus den Fallkostendaten gemäss REKOLE generiert.

Mit den abgerechneten Tarifiziffern wurden medizinisch ähnliche Patientenfälle identifiziert und zu einer Fallgruppe zusammengeschlossen. Aufgrund der zum Fall zugehörigen Kostendaten wurde innerhalb der Fallgruppe überprüft, ob es sich um ökonomisch ähnliche Fälle handelt. Die Fallgruppen wurden folglich auf Basis von echten Kosten- und Leistungsdaten erarbeitet, und nicht auf Basis von „Expertenwissen“ (siehe auch Kapitel 3) oder Abrechnungsbeträgen.

TARMED vs. ICD/CHOP

Da die ambulanten Fallgruppen datenbasiert erarbeitet werden, können nur bereits bestehende Leistungsdaten den Fallgruppen zugeteilt werden. Diese Leistungsdaten beinhalten v.a. TARMED-Positionen, können aber auch mit Medizinalprodukten (GTIN-Codes), Medikamenten (ATC-Code), Tarif 003 oder anderen Leistungen ergänzt werden. Mit der Erhebung der Daten 2025 wird der Katalog der ambulanten Fallgruppen basierend auf den Diagnosen gemäss ICD und den Prozeduren gemäss CHOP weiterentwickelt.

Definition Leistungserbringer im ambulanten Setting

Damit alle Leistungserbringer (freie Praxis, ambulante Einrichtung, Spitäler) gleichbehandelt werden, muss der *Leistungserbringer im ambulanten Setting* definiert werden. Dieser orientiert sich vereinfacht dargestellt am medizinischen Fachbereich. Die exakte Definition ist dem Dokument Anwendungsmodalitäten zu entnehmen.

Ambulante Fallführung

Die Fallführung ist im stationären Bereich sehr einfach definiert. Sie beginnt mit Eintritt des Patienten, und endet mit dem Austritt des Patienten. Im ambulanten Bereich ist die Fallführung weitaus schwieriger. Es gibt Fälle, welche nur einen Tag dauern (z.B. Notfallbehandlung), nur wenige Wochen (z.B. Kleineingriff mit Vor- und Nachkontrolle) oder über mehrere Monate (z.B. wiederkehrende Kontrollen eines chronischen Patienten). Um für die ambulanten Pauschalen eine Grundlage zu erstellen, wurde der Patientenkontakt eingeführt (siehe nächster Abschnitt).

Definition Patientenkontakt:

Ein Patientenkontakt ist definiert als das zeitgleiche physische oder fernmündliche Zusammentreffen eines Patienten mit einem *Leistungserbringer im ambulanten Setting*. Ein Patient kann demzufolge mehrere Patientenkontakte bei unterschiedlichen *Leistungserbringern im ambulanten Setting* am gleichen Tag haben. Für die Abrechnung einer Fallgruppe entspricht der Patientenkontakt einem *abrechenbaren Patientenkontakt* (tarifarischer Fall) oder werden mehrere Patientenkontakte gemäss den Bestimmungen in den Anwendungsmodalitäten zu einem *abrechenbaren Patientenkontakt* (tarifarischer Fall) zusammengefasst.

Inhalt des Patientenpauschaltarifs

Die ambulanten Pauschalen inkl. Zusatzentgelte decken sämtliche Leistungen ab, welche in einem Patientenkontakt erbracht wurden. Das bedeutet, die ambulanten Pauschalen beinhalten die ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen, Medikamente und Implantate, Laborleistungen, Berichte, Leistungen in Abwesenheit des Patienten, etc. Separat verrechenbare Leistungen werden explizit und abschliessend geregelt.

Abgrenzung Patientenpauschaltarif – Einzelleistungstarif

Im Grundsatz wird der Patientenpauschaltarif im Bereich der Spezialversorgung und die Einzelleistungsstruktur im Bereich der Grundversorgung angewendet. Damit der Patientenpauschaltarif exakt angewendet werden kann, muss eine Abgrenzung vorgenommen werden. In der vorliegenden Version, bei der die Leistungen auf Basis von Tarifpositionen identifiziert wurden, wird diese Abgrenzung dadurch vorgenommen, dass eine der erbrachten Leistungen mit einer Tarifposition der Liste Triggerpositionen (Anhang 1) erfasst wurde. In der Abrechnungsversion des Patientenpauschaltarifs werden nicht mehr Tarifpositionen für die Gruppierung des Patientenkontakts in eine Fallgruppe relevant sein, sondern die entsprechenden ICD- und CHOP-Codes. Für die Abgrenzung zum Einzelleistungstarif wird mit Bereitstellung des Abrechnungsgroupers auch eine entsprechende CHOP-Liste zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen der Weiterentwicklung von der Version 0.2 zur Version 1.0 wurde intensiv darüber diskutiert, wie diese Abgrenzung zwischen Patientenpauschaltarif und Einzelleistungstarif konkret definiert werden soll. Die Tarifpartner der solutions tarifaires suisses AG haben sich im April 2022 als grundsätzliche Orientierung für die Abgrenzung zwischen Einzelleistungstarif und Patientenpauschaltarif auf Folgendes geeinigt:

1. Der Patientenpauschaltarif deckt insbesondere Leistungen in ressourcenintensiven Infrastrukturen ab.
2. Der Einzelleistungstarif deckt insbesondere Leistungen in einfachen Infrastrukturen ab.

Für die Einführungsversion 1.0 lag der Fokus entsprechend auf den Leistungssettings, die eindeutig dem Bereich der Spezialversorgung zugeordnet werden kann:

- Operative Leistungen;
- Interventionelle Kardio- & Angiographie;
- Ambulante Geburten;
- Radioonkologie;
- Nuklearmedizin;

- Endoskopien;
- Bildgebende Verfahren wie zum Beispiel CT & MRI.

Leistungssettings, die entweder eindeutig dem Bereich der Grundversorgung zugeordnet sind (z.B. Ultraschall) oder sich zwischen Grund- und Spezialversorgung befinden (z.B. Funktionsdiagnostik) sind in der Einführungsversion 1.0 nicht abgebildet. Der Geltungsbereich des Patientenpauschaltarifs kann im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung angepasst werden. Es wird Aufgabe der OAAT AG und ihren Partnern sein, einen Fahrplan für die Integration der bereits in den Vorversionen abgebildeten Leistungssettings ins System des Patientenpauschaltarifs zu verabschieden. Anhang 4 ist eine Übersicht der Sparten, die entweder vollständig durch den Patientenpauschaltarif abgelöst werden oder Triggerpositionen enthalten.

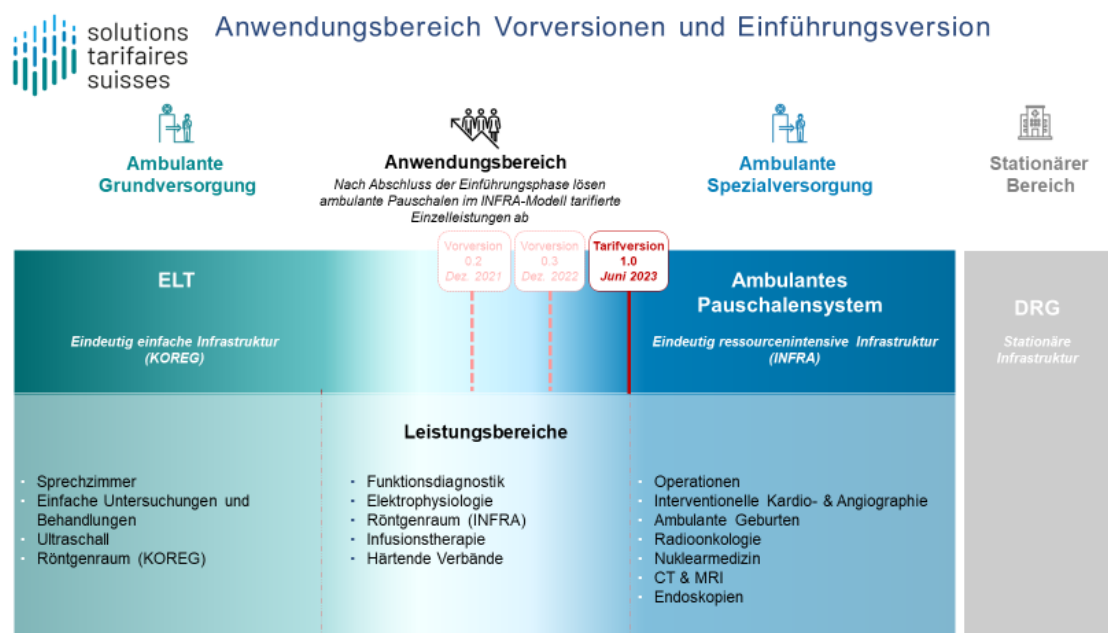


Abbildung 1: Darstellung Entwicklung Anwendungsbereich

Gruppierung

Jeder Patientenkontakt durchläuft den Entscheidungsbaum/Groupier und wird gemäss den erfassten Angaben der entsprechenden Fallgruppe zugeordnet/gruppier. Die benötigten Angaben sind in der vorliegenden Version folgende:

- Medizinische Daten:
 - o Diagnose (ICD-10-GM, falls vorhanden, oder gemäss Zuordnung der Triggerposition zum capitulum);
 - o Tarifpositionen;
 - o Medikamente (GTIN).
- Demografische Angaben:
 - o Alter;
 - o Geschlecht.

In der Abrechnungsversion werden die erbrachten Leistungen des Patientenkontakts gemäss ICD, CHOP und GTIN codiert. Diese Angaben werden dann anstelle der oben genannten Variablen für die Gruppierung relevant. Die Diagnose ist relevant für die Einteilung in die Capitula. Die Prozedur ist relevant für die Einteilung in die Basisfallgruppe oder in die Fallgruppe. Weiterführende Informationen siehe Kapitel 4.

Fallgruppe und Kostengewicht

Jeder Fallgruppe wird ein Kostengewicht zugeteilt. Dabei handelt es sich um ein relatives Kostengewicht, welches für die Abrechnung mit dem verhandelten Basispreis multipliziert wird. Dieser Umstand führt zu einer strikten Trennung von Struktur und Preis. Die Kostengewichte berechnen sich als Durchschnitt der in den Datenlieferungen ausgewiesenen Fallkosten und bewerten die Fallgruppe relativ zu den anderen Fallgruppen.

Katalog der ambulante Fallgruppen

Im Katalog der ambulanten Fallgruppen werden sämtliche Fallgruppen inkl. Nummerierung, Bezeichnung und Kostengewicht ausgewiesen. Wie bereits in der Version 0.3 werden diese Informationen durch eine Bemerkung ergänzt, wenn die Kosten für das Implantat aus der Kalkulation des Kostengewichts exkludiert wurde. Die separate Verrechnung der Implantate bei den bezeichneten Fallgruppen trägt zur Verbesserung der Systemgüte bei.

2.2 Anlehnung an bestehende Tarifstrukturen

Entscheidlogiken und Nomenklaturen aus anderen Tarifen, wie zum Beispiel SwissDRG oder freiwilligen Pauschalen, dienen in einer ersten Entwicklungsphase (v0.1 und v0.2) primär dazu, eine erste Arbeitshypothese zu bilden und waren Ausdruck davon, auf Bestehendem und Bewährtem aufzusetzen. Mit der Weiterentwicklung zur Einführungsversion hat sich die Systementwicklung weitestgehend von bestehenden Entscheidlogiken anderer Tarifwerke gelöst. In diesem Zusammenhang gilt es auch zu erwähnen, dass der Patient im ambulanten Setting gegenüber dem Patienten mit gleichem Eingriff im stationären Bereich in der Regel weniger Komplikationen aufweist, ein kürzerer Eingriff vorgenommen wird und der Patient bessere gesundheitliche Vorbedingungen aufweist. Aus diesem Grund können die stationären Vorgaben nicht einfach übernommen werden.

Der Aufbau und die Funktionsweise der Fallgruppen orientieren sich an etablierten Modellen im stationären und insbesondere akutsomatischen Setting. Das bringt folgende Vorteile:

- Struktur auf Basis von Kosten- und Leistungsdaten;
- Regelmässige Aktualisierung der Struktur;
- Entkoppelung von Struktur und Preis/Tarif;
- Grundlage für Wirtschaftlichkeitsvergleich und datenbasierte Preis-/Tarifverhandlung.

Dies ermöglicht eine Durchlässigkeit der Tarifstrukturen zwischen ambulantem und stationärem Setting und dadurch eine einfachere Anwendung der Tarifstrukturen.

3 Daten

3.1 Datenerhebung

3.1.1 Grundlagen

Die bis anhin im ambulanten Bereich vorhandenen Daten beinhalteten keine Kombination von Leistungs- und Kostendaten, weshalb für die Erarbeitung der ambulanten Pauschalen eine Datenerhebung bei den Spitälern vorgenommen wurde. Diese Datenerhebung erfolgte in Anlehnung an die in den Spitälern bereits bekannten Datenerhebungen des BFS und der SwissDRG AG für stationäre Fälle. Die Details der Datenerhebung sind im Anhang 2 ersichtlich, der Mustervertrag für die Datenlieferung und Verwendung im Anhang 3.

Bei den Datengrundlagen handelt es sich um Kostendaten basierend auf der Kostenträgerrechnung gemäss REKOLE®. Die Leistungsdaten basieren auf den abgerechneten Leistungen gemäss den geltenden ambulanten Tarifen.

Die Spitäler übermittelten alle ambulanten Fälle mit Behandlungsbeginn (Falleröffnung) und Behandlungsende (Fallschliessung) für die Jahre 2019, 2020 und 2021 jeweils zwischen dem 01.01 und dem 31.12.

In den gelieferten Fällen musste zudem mindestens eine Position mit dem Tariftyp 001 (TARMED), 002 (Pauschalen), 003 (Pauschalen neu) oder 500 (Dialysen) enthalten sein. Mit dieser Einschränkung konnte die Datenlieferung auf die für den Patientenpauschaltarif relevanten Fälle reduziert werden. Z.B.: Bei reinen Labor-Fällen (Auftrag von externen Leistungserbringern für Laboranalysen) war bereits von Anfang an klar, dass diese nicht im Bereich der ambulanten Pauschalen liegen.

3.1.2 Format

Es wurden pro Spital zwei Dateien übermittelt. Je eine Datei für die **Leistungsdaten** (Abrechnungsdaten) und **Kostendaten**. Die beiden Datensätze pro Fall konnten über den primären Fallschlüssel (Fall-Nummer) verknüpft werden.

Für die Leistungsdaten wurden folgende Variablen abgefragt:

- Jahr: Behandlungsjahr;
- FallNr: primärer Fallschlüssel (Verknüpfung mit Kostendatendatei);
- Alter: Alter in Jahren, bzw. das Geburtsdatum im Datumsformat (dd.mm.yyyy);
- Sex: Geschlecht (1 = Mann, 2 = Frau);
- ICD: Hauptdiagnose kodiert nach ICD-10 GM (falls vorhanden);
- Datum: Behandlungsdatum (dd.mm.yyyy);
- Tarif: dreistelliger Tarifcode gemäss Forum Datenaustausch;
- Tarifziffer: Tarifposition, resp. Referenzziffer gemäss Forum Datenaustausch;
- Menge: Anzahl Tarifpositionen;
- TPW: Taxpunktwert in CHF;
- Betrag: Rechnungsbetrag in CHF.

Die Kostendaten wurden pro Fall gemäss dem in den Spitälern bekannten Format des stationären Bereichs übermittelt. Dies beinhaltete die Fallkosten gemäss REKOLE® (Vollkosten).

3.1.3 Datenlieferanten

Im März 2021 wurden zahlreiche Schweizer Spitäler angeschrieben, und zur Datenlieferung angefragt. Für die erste Datenlieferung für das Jahr 2019 haben 44 Spitäler einen Datenlieferungsvertrag unterzeichnet. Für die zweite Erhebungsphase bis August 2022 haben weitere drei Spitäler einen Datenlieferungsvertrag abgeschlossen. Für die drei Jahre 2019, 2020 und 2021 wurden 77 Datensätze übermittelt. Davon konnten 70 Datensätze für die Gruppierung und Bewertung verwendet werden. Einige Spitäler konnten nur Leistungsdaten liefern, weshalb diese Fälle für die Bewertung nicht berücksichtigt werden konnten.

Tabelle 1: Übersicht der Anzahl Datenlieferanten

Datenlieferungsverträge	47
Datenlieferungen	77
Verwendung für Gruppierung und Bewertung	70

Die Daten wurden gemäss Kapitel 3.2 aufbereitet.

Eine abschliessende Liste mit allen Spitälern, die einen Datenlieferungsvertrag unterzeichnet haben, zeigt Tabelle 2 auf der folgenden Seite.

Tabelle 2: Liste der Spitäler mit Datenlieferungsvertrag

1	AMEOS Spital Einsiedeln
2	Centre hospitalier universitaire vaudois
3	Etablissements hospitaliers du nord vaudois
4	Flury Stiftung Gesundheitsversorgung
5	Fondation Institution de Lavigny
6	Gesundheitszentrum Fricktal AG
7	Gesundheitszentrum Zürich Oberland
8	Hôpital fribourgeois
9	Hôpital intercantonal de la Broye
10	Hôpital Jules Gonin
11	Hôpitaux universitaires de Genève
12	Insel Gruppe
13	Kantonsspital Aarau
14	Kantonsspital Baselland
15	Kantonsspital Glarus
16	Kantonsspital Graubünden
17	Kantonsspital Obwalden
18	Kantonsspital Uri
19	Kantonsspital Winterthur
20	Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung
21	Le Groupement Hospitalier de l’Ouest Lémanique
22	L’Hôpital du Valais
23	L’Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais
24	Lindenhofgruppe
25	Luzerner Kantonsspital
26	Merian Iselin Klinik
27	Regionalspital Emmental
28	Schweizer Paraplegikerzentrum
29	See-Spital Horgen
30	Solothurner Spitäler AG
31	Spital Linth
32	Spital Männedorf
33	Spital Oberengadin
34	Spital Schwyz
35	Spital STS AG
36	Spital Thurgau AG
37	Spital Thuisis
38	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG
39	Spitalregion Fürstenland Toggenburg
40	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden

41	Spitalzentrum Biel
42	Stadtspital Zürich
43	Universitäts-Kinderspital beider Basel
44	Universitätsklinik Balgrist
45	Universitätsspital Basel
46	Uroviva Klinik AG
47	Zuger Kantonsspital

3.2 Datenaufbereitung

3.2.1 Plausibilisierung

In der Plausibilisierungsprüfung der Datenlieferung durchlief jeder Fall drei Stufen.

1. Formale Plausibilisierung
 - a. Wurden alle notwendigen Angaben geliefert?
 - b. Sind sowohl Kosten- als auch Leistungsdaten korrekt erfasst?
 - c. Sind zu jedem Fall sowohl Kosten- als auch Leistungsdaten vorhanden?
2. Plausibilisierung der Kombination von Tarifpositionen
 - a. Beinhaltet die Rechnung mindestens eine Tarifposition in Zusammenhang mit ambulanten Arztleistungen?
 - b. Wurden nur gültige Tarifpositionen angesteuert?
 - c. Wurden die gesetzlichen Limitationen eingehalten?
3. Plausibilisierung der Kosten.
 - a. Sind die Kostendaten in Bezug zu den Leistungsdaten plausibel (sind beispielsweise bei einem OP-Fall OP-Kosten vorhanden?)

3.2.2 Fallselektion

Nur Patientenkontakte mit mindestens einer Leistung aus der Liste der Triggerpositionen (Anhang 1) wurden für die weitere Systementwicklung berücksichtigt.

3.2.3 Kalkulationsdatensatz

Folgende Tabelle widerspiegelt die Anzahl verwendeter Fälle sowie die Anzahl Fälle, die mehrere Patientenkontakte umfassen, ausserhalb des Anwendungsbereichs liegen, als nicht plausibel ausgeschlossen wurden oder aufgrund unvollständiger Datensätze nicht verwendet werden konnten.

Tabelle 3: Übersicht der gelieferten Fälle

	Anzahl Fälle
Anzahl gelieferter Fälle	5'726'271
- davon Fälle, die aufgrund der Plausibilisierung ausgeschlossen wurden oder aufgrund der Fallführung nicht eindeutig zugeordnet werden konnten	1'752'231
Plausible Fälle	3'974'040
- davon Fälle ohne Leistung im Anwendungsbereich	2'901'274
Plausible Fälle mit Leistung im Anwendungsbereich	1'072'766
- davon Fälle ausserhalb Strahlentherapie mit mehreren Patientenkontakte	272'908
Plausible Fälle, die in die Entwicklung der Version 1.0 eingeflossen sind	799'858

Im Bereich der Strahlentherapie sind in die Entwicklung der Version 1.0 auch Fälle eingeflossen, die mehrere Patientenkontakte umfassen. Dieses Vorgehen wird damit begründet, dass die Spitäler meistens einen Fall für die gesamte Strahlentherapie eines Patienten führen. Da die Kosten lediglich auf Fallebene und nicht auf Stufe der einzelnen Patientenkontakte ausgewiesen wurden, mussten im Bereich der Strahlentherapie die Fallkosten den einzelnen Patientenkontakten zugeordnet werden. Hierfür wurden die Fallkosten im Verhältnis der Erlöse den einzelnen Patientenkontakten zugeordnet. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass die Strahlentherapie insgesamt im korrekten Verhältnis zu den anderen medizinischen Bereichen bewertet wird. Innerhalb der Strahlentherapie bilden die Relationen zwischen den einzelnen Fallgruppen, die Relationen aus den bisherigen Tarifen und somit vornehmlich dem TARMED ab. Sobald die Leistungserbringer auch im Bereich der Strahlentherapie die Kosten den einzelnen Patientenkontakten zuordnen, kann im Rahmen der Weiterentwicklung Tarifpflege diesem Umstand Rechnung getragen werden.

Während in der letzten Zeile der Tabelle 3 die Anzahl Fälle, die in die Entwicklung der Version 1.0 eingeflossen sind, dargestellt sind, stellt untenstehende Tabelle eine Übersicht auf Ebene Patientenkontakte dar.

Tabelle 4: Übersicht Patientenkontakte im Kalkulationsdatensatz

	Anzahl Patientenkontakte
- Patientenkontakte, ohne Strahlentherapie	788'680
- Patientenkontakte, Strahlentherapie	95'626
Patientenkontakte, Total	884'306
- davon in nicht abrechenbare Fallgruppen gruppiert	52
Patientenkontakte zur Bewertung der Fallgruppen	884'254

4 Klassifikation der Patientenkontakte mittels Entscheidungsbaumlogik

4.1 Einleitung

Die Patientenkontakte werden anhand bestimmter Merkmale mittels einer Entscheidungsbaumlogik gruppiert. Dieses Vorgehen wird auch bei der Gruppierung der stationären Fälle nach SwissDRG, TARPSY oder ST Reha angewendet.

Als Gruppierungsmerkmale werden grundsätzlich die Hauptdiagnose, die erbrachten Leistungen, Alter und Geschlecht verwendet. Punktuell kann zusätzlich ein Code zur Identifikation verabreichter Medikamente oder die Höhe der Implantatskosten gruppierungsrelevant sein.

Die Gruppierung erfolgt in einem mehrstufigen Verfahren:

1. Capitulum;
2. Basisfallgruppe;
3. Fallgruppe.

Diese einzelnen Gruppierungsschritte werden im nachfolgenden Kapitel näher beleuchtet.

4.1.1 Capitula

Capitula sind die Kapitel des Katalogs für ambulante Fallgruppen auf oberster Ebene. Die Capitula sind oft deckungsgleich mit TARMED- sowie SwissDRG-Hauptkapiteln, wie die beiden nachfolgenden Beispiele illustrieren.

Tabelle 5: Illustration der Übereinstimmung von Capitula und TARMED-/SwissDRG-Hauptkapitel

Capitulum	TARMED Hauptkapitel	SwissDRG MDC
01 Nervensystem	05 Zentrales und peripheres Nervensystem	01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems
02 Auge	08 Auge	02 Krankheiten und Störungen des Auges

Im Katalog ambulante Pauschalen werden folgende Capitula geführt:

Tabelle 6: Im Katalog der ambulanten Fallgruppen geführte Capitula

Cap	Bezeichnung
1	Nervensystem
2	Auge
3	Ohr, Nase, Mund und Hals
4	Atmungsorgane
5	Kreislaufsystem
6	Verdauungsorgane
7	Hepatobiliäres System und Pankreas

8	Muskuloskelettal-System und Bindegewebe
9	Haut, Unterhaut und Mamma
10	Endokrine Organe
11	Harnorgane
12	Männliche Geschlechtsorgane
13	Weibliche Geschlechtsorgane
14	Schwangerschaft und Geburt
22	Verbrennungen
23	Andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
30	Bildgebung

Jeder Patientenkontakt wird einem Capitulum (Cap) anhand der Hauptdiagnose zugeteilt. Da nicht alle Spitäler eine Diagnose nach ICD-10-GM übermittelt haben, wurde ein alternatives Verfahren zur Bestimmung der Hauptdiagnose entwickelt. Dabei wird jede verwendete TARMED-Position einem Capitulum zugewiesen. Nachfolgende Tabelle enthält zwei Beispiele:

Tabelle 7: Illustration der Zuweisung von TARMED-Positionen zu einem Capitulum

Tarifposition	Bezeichnung	Cap
05.2410	Nervendekompression/Neurolyse, N. medianus u/o N. ulnaris im Karpaltunnel bzw. in der Loge de Guyon	01
08.2760	Extractio lentis/Phakoemulsifikation, inkl. Implantation einer künstlichen Linse und Einsetzen eines Kapselspannrings	02

Auf Basis der zugewiesenen Tarifpositionen wird pro Patientenkontakt dasjenige Capitulum mit dem höchsten Erlös bestimmt, um den Patientenkontakt einem Capitulum zuzuweisen.

Den Capitula vorangestellt ist ein prä-Capitulum (präCap), in dem insbesondere aufwändige Patientenkontakte (z.B. Nuklearmedizin, Strahlenmedizin) diagnoseunabhängig gruppiert werden. Im Cap 30 werden, ebenfalls diagnoseunabhängig, bildgebende Verfahren tarifiert. An das Cap 30 schliesst ein postCap an, welches Patientenkontakte losgelöst von den vorangehenden Capitula gruppiert.

4.1.2 Basisfallgruppe

Nachdem der Patientenkontakt einem Capitulum zugeordnet wurde, wird in einem zweiten Gruppierungsschritt der Patientenkontakt einer Basisfallgruppe zugeordnet. Diese Zuordnung erfolgt anhand der erbrachten Leistungen. In der Entwicklungsphase wird die erbrachte Leistung wie bereits ausgeführt mittels der verrechneten Tarifposition identifiziert.

Zudem ist jede Basisfallgruppe einer von drei möglichen Partitionen zugeteilt:

O = Operativ;

I = Interventionell;

M = Medizinisch.

Diese Zuordnung hat Einfluss auf die Gruppierung von Fällen.

4.1.3 Fallgruppe

Innerhalb einer Basisfallgruppe werden die Patientenkontakte anhand der erbrachten Leistung und weiterer Patientenmerkmale den Fallgruppen zugeordnet. Der unterschiedliche Ressourcenverbrauch wird durch den letzten Buchstaben der Fallgruppe zum Ausdruck gebracht. „A“ steht dabei für den höchsten Ressourcenverbrauch. Wird die Basisfallgruppe nicht weiter in verschiedene Fallgruppen unterteilt, dann endet die Bezeichnung der einzigen resultierenden Fallgruppe auf ein „Z“.

4.2 Entwicklung

4.2.1 Zuordnung

Wo anwendbar werden Fälle anhand der Hauptdiagnose in die Capitula zugeteilt. Bei Capitula, die im Abdeckungsbereich der ambulanten Pauschalen keine Anwendung finden, wird die Zuordnung entsprechend angepasst.

Beispiel:

Tabelle 8: Illustration der Zuteilung aufgrund Hauptdiagnose zwischen SwissDRG und ambulanten Pauschalen

ICD-Code	Capitulum
J15.9	04
F41.0	postCap

4.2.2 Erstellung der Entscheidungsbaumlogik

Die Erstellung der Entscheidungsbaumlogik durchlief im Wesentlichen drei Phasen:

1. Aufbau des Entscheidungsbaums für die durch die Tarifpartner als grundlegend relevant bezeichneten TARMED-Sparten.
2. Aufbau von weiteren Basisfallgruppen für Leistungen, welche durch die Tarifpartner mit Weiterentwicklungspotenzial bezeichnet wurden. Hier handelt es sich grösstenteils um Basisfallgruppen im Bereich der interventionellen und medizinischen Partition.
3. Verfeinerung des Entscheidungsbaums durch Prüfung auf medizinische Homogenität und Kostenhomogenität, mögliche Splitkriterien, Rangfolgen und daraus Etablierung von Fallgruppen.

4.3 Genauere Erläuterungen nach Capitulum

4.3.1 Prä-Capitulum

Im Prä-Capitulum (präCap) werden aufwändige Patientenkontakte unabhängig der Diagnose in Fallgruppen eingeteilt. Die Fallgruppen des präCap enthalten sämtliche Leistungen, welche in diesem Patientenkontakt erbracht wurden. Das bedeutet, die Fallgruppen der Radioonkologie beinhalten nicht nur die Bestrahlungsleistungen, sondern ebenso weitere allfällige Konsultationen oder Material/Medikamente oder Bildgebungen.

4.3.2 Capitula 1-24

Die Fallgruppen sind in drei Partitionen aufgeteilt. Nicht jedes Capitulum hat Fallgruppen in allen drei Partitionen.

Zu beachten ist, dass die Fallgruppen der operativen und der interventionellen Partitionen jeweils inkl. der Bildgebung tarifiert sind. Die Fallgruppen der medizinischen Partition sind in der Regel ohne Bildgebung tarifiert. Falls eine medizinische Pauschale mit Bildgebung kombiniert wurde, ist diese Pauschale explizit aufgeführt. Das bedeutet, bei Leistungen der medizinischen Partition wurde die Bildgebung höher gewertet, weshalb sie im Entscheidungsbaum vorgezogen wird.

4.3.3 Cap30

Im Cap30 sind die bildgebenden Leistungen zu finden. Bildgebung kann im Wesentlichen in Kombination mit einer operativen oder interventionellen Prozedur erbracht werden. In diesem Fall sind die bildgebenden Leistungen in den Fallgruppen der Cap01 - Cap24 enthalten (siehe 4.3.2). Bildgebung kann aber auch in Kombination mit einer medizinischen Prozedur, einer Einzelleistung oder ohne weitere Leistungen erbracht werden. Diese Kombinationen sind dem Cap30 zugeteilt.

4.4 Katalog der ambulanten Fallgruppen

Im Katalog der ambulanten Fallgruppen werden Fallgruppenbezeichnung, -titel und Gewichtung zusammengefasst dargestellt. Er bildet sämtliche Fallgruppen ab, inklusive deren Relativbewertung mittels Kostengewichten. Die Bewertung der Fallgruppen wird im Kapitel 5 erläutert.

4.5 Inhalt des Patientenpauschaltarifs

Leistungen des Labors werden im Einzelleistungstarif gemäss Analysenliste abgerechnet. Unter SwissDRG sind die Leistungen des Labors in der Pauschale enthalten. Die entsprechende Rechnungsstellung ist in Art. 59 KVV geregelt. Die Tarifversion 1.0 sieht vor, die Leistungen des Labors ebenfalls in die Pauschalen zu integrieren. Dies bedarf einer Anpassung von Art. 59 KVV, um die bestehende Ausnahmeregelung für Pauschaltarife im stationären Bereich auf den ambulanten Bereich auszudehnen. Die solutions tarifaires suisses AG hat den Bundesrat im Zusammenhang mit der Vorversion 0.3 auf diesen Umstand

aufmerksam gemacht steht mit dem BAG bezüglich einer Verordnungsanpassung in Kontakt.

Oben beschriebener Umstand führt dazu, dass die Kosten für extern in Auftrag gegebene Laboranalysen zusammen mit Kosten weiterer extern in Auftrag gegebenen Leistungen wie zum Beispiel für pathologische Untersuchungen nicht in den übermittelten und zur Bewertung verwendeten Fallkosten enthalten sind. Der Umfang extern in Auftrag gegebener Leistungen («make or buy»-Entscheid) ist spitalindividuell; gewisse Spitäler verfolgen das Prinzip «make» während andere Spitäler mehr dem Prinzip «buy» folgen. Da sich diese Leistungen über das ganze System verteilen, ist von keiner oder nur einer geringfügigen Verzerrung der Tarifstruktur auszugehen.

Im Rahmen der Preisverhandlungen ist verschiedenen Faktoren Rechnung zu tragen. Einerseits gilt es die Kosten für extern in Auftrag gegebene Leistungen andererseits auch die mitgegebenen Heilmittel, deren Kosten in die Kalkulation der Kostengewichte eingeflossen sind, zu berücksichtigen (vgl. Ziff. 6.8).

Zusätzlich zur Fallgruppe können weitere Leistungen gemäss Anwendungsmodalitäten separat abgerechnet werden. Die separate Verrechenbarkeit von Leistungen erhöht die Systemgüte, indem Leistungen, deren Kosten erheblich streuen, unsystematisch anfallen oder deren Inklusion die Versorgung beeinträchtigen könnte nicht durch die Fallgruppe vergütet werden. In der Einführungsversion werden die separat verrechenbaren Leistungen gemäss geltenden Tarifen vergütet.

5 Bewertung

5.1 Kostengewichte

Weil für die Entwicklung der Fallgruppen auf Kosten- und Leistungsdaten aufgebaut wurde, konnten jeder Fallgruppe die entsprechenden Patientenkontakte zugeordnet werden. Zu diesen Patientenkontakten sind ebenfalls die Kosten bekannt, wodurch pro Fallgruppe die durchschnittlichen Kosten berechnet werden können.

Die Fallgruppen werden mit relativen Kostengewichten bewertet. Die Berechnung der Kostengewichte erfolgt grundsätzlich anhand der folgenden Formel:

Relatives Kostengewicht einer Fallgruppe =

$$\frac{\text{Durchschnittliche Kosten der Fallgruppe}}{\text{Durchschnittliche Kosten aller Patientenkontakte (Bezugsgrösse)}}$$

In gewissen Konstellationen, die sich aus einer Kombination aus Fallzahl ($N < 30$) und geringer Homogenität der Fallgruppe ergeben, wird zur Bewertung der Fallgruppe der Median herangezogen. Die Verwendung des Medians erhöht die Robustheit des Systems, da der Median im Vergleich zum Mittelwert weniger stark auf einzelne Ausreisser reagiert.

5.2 Unbewertete Fallgruppen

Fallzahlschwache Fallgruppen ($N < 30$) mit einem tiefen Homogenitätskoeffizient (< 0.5) werden nicht bewertet.

5.3 Bezugsgrösse

Für die Herleitung der Bezugsgrösse wurden alle gelieferten Fälle in ihre Patientenkontakte aufgeteilt und einer der folgenden Kategorien zugeordnet:

- a. Patientenkontakte mit mindestens einer Triggerposition;
- b. Patientenkontakt ohne Triggerposition;
- c. Andere Patientenkontakte (z.B. Physiotherapie, Ernährungsberatung).

Die Patientenkontakte der Kategorie c) enthalten keine ärztlichen Leistungen und sind vorliegend nicht relevant. Die Bezugsgrösse bringt die durchschnittlichen Kosten aller Patientenkontakte mit ärztlichen Leistungen (Typ a und b) zum Ausdruck.

Zwecks Kongruenz zu den Anwendungsmodalitäten wurden in einem nächsten Schritt Patientenkontakte ohne physischen Kontakt zwischen Patient und Leistungserbringer gesondert behandelt. Die Kosten dieser Patientenkontakte wurden in die weiteren Analysen eingeschlossen, falls folgende Kriterien erfüllt waren:

- Patientenkontakt folgt innerhalb 30 Tagen auf einen Patientenkontakt mit mind. einer Triggerposition.
- Der Patientenkontakt enthält Leistungen für die Analysen/ Labor (Tarif 317) sowie Berichte und Leistungen in Abwesenheit des Patienten (TARMED-Positionen in Kapitel 00.06, bzw. gemäss LG-8, LG-9, LG-10 und LG-11).

Bei Fällen, die mehrere Patientenkontakte umfassen, wurden die Fallkosten im Verhältnis zum Erlös auf die einzelnen Patientenkontakte aufgeteilt. Die damit verbundene Ungenauigkeit hat zwar einen Einfluss auf die Kosten des einzelnen Patientenkontakts, aber keinen Einfluss auf die Höhe der Bezugsgrösse.

Folgende Tabelle fasst die Ergebnisse der Kategorisierung und Kostenzuteilung zusammen:

Tabelle 9: Ergebnisse der Kategorisierung und Kostenzuteilung

Anzahl Patientenkontakte	Durchschnittliche Kosten
6'729'742	488 CHF

Diese Tabelle stellt die Anzahl der Patientenkontakte dar und ist nicht 1 zu 1 mit den Angaben zu den Patientenfällen vergleichbar. Es ist möglich, dass ein Fall mehrere Patientenkontakte aufweist.

6 Kennzahlen

6.1 Fallgruppen

Tabelle 10: Anzahl Fallgruppen

	v1.0	v0.3
Anzahl Fallgruppen	454	483
Nicht abrechenbar	1	2
Anzahl abrechenbare Fallgruppen	453	481
bewertet	450	479
nicht bewertet	3	2

Tabelle 11: Anzahl Patientenkontakte in bewerteten und unbewerteten Fallgruppen

	Anzahl Fallgruppen	Anzahl Patientenkontakte
Bewertete Fallgruppen	450	884'233
Unbewertete Fallgruppen	3	21

Tabelle 12: Anzahl Fallgruppen

	Anzahl bewertete Fallgruppen	Anteil Patientenkontakte	Anteil Casemix
mit Mittelwert bewertet	420	100.0%	99.9%
mit Median bewertet	30	<0.1%	0.1%

6.2 Homogenität der Fallgruppen

Die Kostenhomogenität der einzelnen Fallgruppen kann mittels Homogenitätskoeffizient (HK) zum Ausdruck gebracht werden: je höher der Wert, desto homogener die Fallgruppe. Üblicherweise sollte der Wert nicht deutlich unter 50% sinken (vgl. Nicole Eisenmenger, «das aG-DRG System – komplex, logisch... und fair?», S. 28). Untenstehende Tabelle zeigt auf, dass nur wenige Fallgruppen und ein sehr geringer Anteil Patientenkontakte und Casemix über inhomogene Fallgruppen ($HK < 0.50$) vergütet werden.

Tabelle 13: Verteilung Fallgruppen nach Grad der Homogenität

Homogenitätskoeffizient	Anzahl bewertete Fallgruppen	Anteil Patientenkontakte	Anteil Casemix
≥ 0.67	327	56%	68%
≥ 0.60	78	34%	26%
≥ 0.50	37	8%	5%
< 0.50	8	2%	1%

6.3 Patientenkontakte pro Fallgruppen

Tabelle 14: Verteilung Fallgruppen nach Fallzahl

Patientenkontakte pro Fallgruppe	Anzahl bewertete Fallgruppen	Anteil Patientenkontakte	Anteil Casemix
> 10'000	24	69%	42%
> 1'000	69	23%	34%
> 100	193	7%	21%
> 30	94	1%	3%
≤ 30	70	0%	0%

6.4 Systemgüte

Mittels R^2 und MAPE stehen zwei Kenngrössen zur Systemgüte zur Verfügung. R^2 stammt aus einer einfaktoriellen Varianzanalyse und ist das Verhältnis der erklärten Varianz zur Gesamtvarianz. MAPE ist die durchschnittliche prozentuale Abweichung zwischen den effektiven Fallkosten einer Fallgruppe und den durchschnittlichen Fallkosten einer Fallgruppe. Die Kennzahlen für die Versionen 1.0 und 0.3 wurden mit dem identischen Kalkulationsdatensatz (v1.0) durchgeführt.

Tabelle 15: Statistische Kenngrössen

Gütemass	v1.0	v0.3
R^2	0.80	0.79
MAPE	38.8%	39.3%

6.5 Casemix Index und Anzahl Patientenkontakte

Tabelle 16: Casemix Index und Anzahl Patientenkontakte

	CMI	Anzahl
Kalkulationsdatensatz	2.08	884'233

Tabelle 17: Casemix Index und Anzahl Patientenkontakte nach Spitalkategorie

	CMI	Anzahl
Universitätsspitäler (K111)	2.52	286'608
Zentrumsspitäler (K112)	1.92	499'171
Grundversorger (K12*)	1.94	53'890
Spezialversorger (K23*)	1.37	44'585

Tabelle 18: Casemix Index und Anzahl Patientenkontakte nach Alterskategorie

	CMI	Anzahl
Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahre)	2.52	58'425
Erwachsene (18 bis 64-Jährige)	2.06	499'791
Erwachsene (65 Jahre und älter)	2.05	326'017

6.6 Abdeckungsgrad

Die nachfolgende Tabelle zeigt für alle Patientenkontakte, die im Jahr 2021 über TARMED vergütet wurden, die Anteile für den Patientenpauschaltarif und den Einzelleistungstarif auf. Patientenkontakte, welche nur TARMED-Positionen der Leistung in Abwesenheit beinhalten wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Die Analyse für den spitalambulantem Bereich wurde auf Basis des Patientendatensatz Spital ambulant (PSA) 2021 durch tarifsuisse ag durchgeführt. Für den niedergelassenen Bereich wurden Einzelrechnungen (Behandlungsjahr 2021), welche die Krankenversicherer tarifsuisse ag zur Verfügung gestellt haben, ausgewertet. Der in den übermittelten Rechnungsdaten enthaltene TARMED-Erlös entspricht einem Anteil von 39.9% des gesamten TARMED-Erlöses.

Tabelle 19: Abdeckungsgrad Patientenpauschaltarif, Anteil Patientenkontakte

Anteil Patientenkontakte			
	v1.0	v0.3	v0.2
Niedergelassener Bereich	5.2%	7.5%	14.3%
Spitalambulanter Bereich	18.5%	21.1%	36.3%

Tabelle 20: Abdeckungsgrad Patientenpauschaltarif, Anteil TARMED-Erlös

Anteil TARMED-Erlös			
	v1.0	v0.3	v0.2
Niedergelassener Bereich	20.4%	27.2%	40.7%
Spitalambulanter Bereich	43.9%	49.0%	64.9%

6.7 Finanzierungsgrad

Der Finanzierungsgrad wird für die Analyse von Patientenkollektiven verwendet. Er berechnet sich aus einem Vergleich zwischen einer hypothetischen Vergütung und den tatsächlichen Kosten. Die hypothetische Vergütung pro Patientenkontakt ergibt sich aus der Multi-

plikation des Kostengewichts mit einem Basispreis, der alle Patientenkontakte ausfinanzieren würde. Über alle Fälle berechnet beträgt der Deckungsgrad aus diesem Grund immer 100%.

Tabelle 21: Deckungsgrad nach Alterskategorien

	Finanzierungsgrad
Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahre)	100.2%
Erwachsene (18 bis 64-Jährige)	98.3%
Erwachsene (65 Jahre und älter)	102.7%

6.8 Kostenfolgeschätzung

Der Patientendatensatz Spital ambulant 2021 erlauben für den Spital ambulanten Bereich und die Abrechnungsdaten der Versicherer für den niedergelassenen Bereich eine grobe Schätzung der Kostenfolgen. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass die unten ausgewiesenen Werte keine verlässliche Grundlage für die Bestimmung eines ertragsneutralen Basispreises darstellen. Die vorliegende Kostenfolgeschätzung verwendet mangels verhandelter Preise die bisherigen Erlöse als Grundlage für die Kostenfolgeschätzung. Im Vergleich zu den bisherigen Erlöse werden die verhandelten Preise weitere Faktoren berücksichtigen:

- Mehrkosten durch extern in Auftrag gegebene Leistungen (Laboranalysen, Pathologie);
- Minderkosten für mitgegebene Heilmittel, die unter dem Patientenpauschalsystem separat vergütet werden;
- Mehr- und Mindervolumina, die sich durch die Abweichung zwischen den identifizierbaren Patientenkontakten und den Patientenkontakten, die sich durch die konkrete Anwendung des *abrechenbaren Patientenkontaktes* gemäss Anwendungsmodalitäten ergeben, erklären lassen.

Mit den erwähnten Einschränkungen können untenstehende Aussagen zur hypothetischen Kostenfolgeschätzung für das Jahr 2021 getroffen werden.

Tabelle 22: Hypothetische Kostenfolgeschätzung

	Anzahl Patientenkontakte	Casemix Index	bisherige Erlöse	Betrag
Spital ambulant	2'497'000	2.1	400 CHF	2.1 Mrd. CHF
Niedergelassener Bereich	2'866'000	1.6	360 CHF	1.6 Mrd. CHF
Summe	5'363'000	1.8	380 CHF	3.7 Mrd. CHF

7 Ausblick Weiterentwicklung und Tarifpflege

7.1 Roadmap

Die solutions tarifaires suisses hat sich mit ihren Partnerorganisationen auf eine Roadmap zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur verständigt. Das Prinzip des lernenden Systems kommt ab dem dritten Anwendungsjahr zum Tragen, während in den ersten beiden Jahren die Tarifstruktur stabil gehalten wird. Das Anliegen nach Stabilität ergibt sich im Zusammenhang mit der Erlösstabilisierung und den Systemumstellungen.

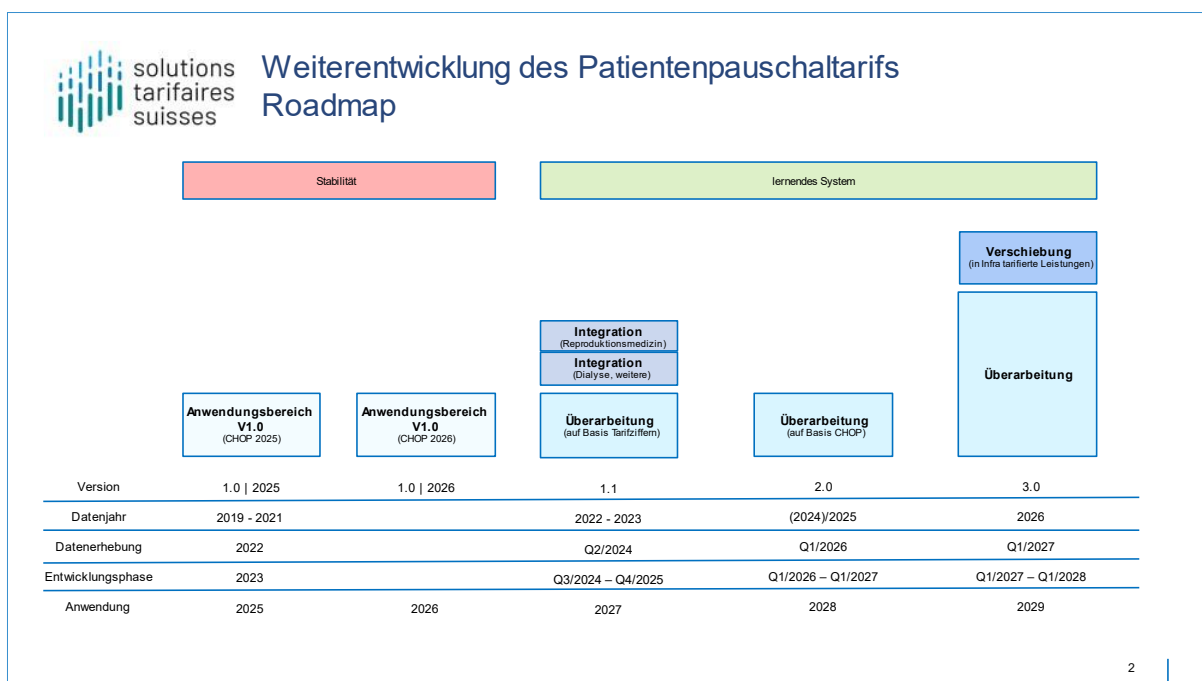


Abbildung 2: Roadmap betreffend Weiterentwicklung

7.2 Anwendungsbereich

Die Einführungsversion 1.0 des Patientenpauschaltarifs pauschaliert Leistungen, die eindeutig dem Bereich der Spezialversorgung zuordenbar sind (siehe Kapitel 2). Die Partnerorganisationen der solutions tarifaires suisses AG haben sich im Rahmen einer Roadmap darauf verständigt, diesen Anwendungsbereich in den ersten beiden Einführungsjahren stabil zu halten. Im Jahr 2027 könnten ambulant ärztliche Leistungen, die bereits heute pauschal vergütet werden, in den Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs integriert werden (z.B. Reproduktionsmedizin, Dialysen, Leistungen im Zusammenhang mit Transplantationen). Mittelfristig ist vorgesehen, dass der Anwendungsbereich sämtliche Leistungen abbildet, die im Einzelleistungstarif mittels INFRA-Modell tarifiert sind. Hierzu gehören auch Leistungen der Funktionsdiagnostik, die im Gegensatz zur Vorversion 0.3 nicht im Anwendungsbereich der Einführungsversion sind. Abschliessend und einschränkend sei ergänzt, dass der tatsächliche Anwendungsbereich zukünftiger Versionen durch die OAAAT AG und ihren Partnerorganisationen festgelegt wird.

7.3 Ausdifferenzierung

Die Möglichkeiten zur differenzierten Abbildung unterschiedlicher Leistungen wurde in der Entwicklungsphase durch die Tatsache eingeschränkt, dass die erbrachten Leistungen anhand bestehender Tarifpositionen identifiziert werden mussten. Es ist hinlänglich bekannt, dass die TARMED-Nomenklatur veraltet ist und in vielen Bereichen die Leistungserbringung nicht differenziert abbilden kann. Mit Einführung des Patientenpauschaltarifs werden die Leistungen anhand von CHOP-Codes abgebildet. Mit der Erhebung der Daten 2025 im Jahr 2026 wird ein Kalkulationsdatensatz für die Weiterentwicklung zur Verfügung stehen, der eine sachgerechte Ausdifferenzierung des Katalogs erlaubt. Die weiterentwickelte Tarifstruktur 2.0 wird voraussichtlich im Jahr 2027 zur Anwendung gebracht (vgl. obenstehende Roadmap).

7.4 Daten

7.4.1 Datenrepräsentativität

Es ist vorgesehen, Mitte 2024 die Kosten- und Leistungsdaten 2022 und 2023 und ab dem Jahr 2026 jährlich die Daten, die aus der Anwendung des Patientenpauschaltarifs generiert wurden, zu erheben. Mit einem klaren Bekenntnis von den Tarifpartnern und den Behörden zum System des Patientenpauschaltarifs können weitere Leistungserbringer für die Datenerlieferung gewonnen werden. Ab Einführung der neuen gesetzlichen Verpflichtung steht bereits mittelfristig eine sehr grosse Datenbasis zur regelmässigen Systempflege zur Verfügung.

7.4.2 Datengrundlage niedergelassener Bereich

Die Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs basiert auf fallbezogenen Leistungs- und Kostendaten, die auch in der freien Praxis oder von ambulanten Einrichtungen generiert werden können. Mit der gesetzlich verankerten Datenlieferungspflicht besteht ein grosses Datenpotenzial, welches erschlossen werden kann. Zu beachten gilt, dass in der freien Praxis und in den ambulanten Einrichtungen zuerst die fallbezogene Kostenrechnung etabliert werden muss. Sobald dies vorliegt, können Daten aus freien Praxen für die Systemweiterentwicklung berücksichtigt werden.

7.5 Separat verrechenbare Leistungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung wird laufend geprüft, welche Leistungen separat vergütet werden und für welche dieser Leistungen datenbasiert Zusatzentgelte etabliert werden können.

7.6 Antragsverfahren

Die Tarifpartner haben sich darauf geeinigt, ab Einführung des Patientenpauschaltarifs ein jährliches Antragsverfahren durchzuführen. Die Rückmeldungen der Anwender und konkreten Anträge werden eine wertvolle Basis für die Weiterentwicklung Pflege der Tarifstruktur bilden.

8 Anhang

Anhang 1

Triggerpositionen: Liste mit Tarifpositionen, die eine Abrechnung über das Patientenpauschalensystem auslösen

Anhang 2

Datenerhebungsdokument

Anhang 3

Muster Datenlieferungsvertrag

Anhang 4

Übersicht Sparten: Bezeichnung der Sparten, die entweder vollständig durch den Patientenpauschaltarif abgelöst werden oder Triggerpositionen enthalten. Änderungen gegenüber v0.3 sind ebenfalls ausgewiesen.