

## Anhang F: Monitoring-Stelle und Monitoringkonzept

### 1. Geltungsbereich

- <sup>1</sup> Vorliegender Anhang regelt im Sinne von Teil VIII des Tarifstrukturvertrags die Bestellung einer Monitoring-Stelle sowie das unbefristete Monitoring von Leistungskosten
  - der Tarifstruktur über den ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif;
  - der Tarifstruktur über den ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarif;
  - weiterer Tarife.
- <sup>2</sup> Das Monitoring umfasst nur Leistungen zu Lasten der OKP.

### 2. Monitoring-Stelle

#### 2.1. Bestellung einer Monitoring-Stelle

- <sup>1</sup> Die Vertragsparteien ernennen und beauftragen bis spätestens vor Inkrafttreten der Tarifstruktur eine Monitoring-Stelle zur Durchführung eines unbefristeten Monitorings im Sinne dieses Anhangs. Diese Monitoring-Stelle hat die Interessen der Leistungserbringer und Versicherer gleichermaßen zu berücksichtigen.
- <sup>2</sup> Die Vertragsparteien beauftragen zudem innert gleicher Frist auf Empfehlung der Monitoring-Stelle einen geeigneten Dritten zur Datenaufbereitung.
- <sup>3</sup> Die für das Monitoring anfallenden Kosten tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen.

#### 2.2. Aufgaben und Kompetenzen

- <sup>1</sup> Der Monitoring-Stelle kommen ausschliesslich nachfolgende Aufgaben und Kompetenzen zu:
  - Die Monitoring-Stelle schlägt den Vertragsparteien geeignete Dritte zur Datenaufbereitung vor.
  - Die Monitoring-Stelle begleitet die Arbeiten des beauftragten Dritten und stellt eine Ansprechperson auf technischer/ fachlicher Ebene zur Verfügung.
  - Die Monitoring-Stelle fordert die Daten bei den Versicherern ein oder kann dies an den beauftragten Dritten delegieren.
  - Die Monitoring-Stelle berechnet die Indexwerte gemäss den vorgegebenen Methoden in Anhang G. Sie kann diese Aufgabe an den beauftragten Dritten delegieren.
  - Die Monitoring-Stelle verfasst bis am 25. September der Jahre 2026, 2027 und 2028 je einen Bericht zuhanden der Vertragsparteien über verbindliche Korrekturmassnahmen gemäss Anhang G, welche per 1. Januar des jeweils nachfolgenden Jahres zur Anwendung kommen.
- <sup>2</sup> Zeichnen sich gestützt auf das Monitoring gemäss Teil VIII Ziff. 1 Abs. 1 des Tarifstrukturvertrags jeweils im ersten Semester jeden Jahres während der dreijährigen Kostenneutralitätsphase Korrekturmassnahmen i.S.v. Teil VIII Ziff. 2 Abs. 1 pro Grossregion ab, werden die das Kostenneutralitätsgebot verletzenden Leistungserbringer zur Anpassung ihrer Leistungserbringung präventiv durch die Monitoring-Stelle informiert. Eine fehlende Information befreit jedoch nicht von Korrekturmassnahmen.

### **3. Datenlieferung und Datenaufbereitung gemäss Konzept**

- <sup>1</sup> Die Versicherer liefern die für das Monitoring erforderlichen Daten. Die Modalitäten zu Umfang, Zeitpunkt, Datenformat, Mahnung bei Fristablauf etc. werden in einem technischen Konzept separat geregelt.
- <sup>2</sup> Die Datenaufbereitung richtet sich nach den Vorgaben gemäss erwähntem Konzept.
- <sup>3</sup> Das technische Konzept ist durch die Vertragsparteien bis 31. Januar 2024 zu erstellen.

### **4. Statistische Definitionen**

#### *4.1. Statistische Einheit*

- <sup>1</sup> Als statistische Einheit gilt die (versicherte) Person.

#### *4.2. Grundgesamtheit*

- <sup>1</sup> Die Grundgesamtheit setzt sich aus allen OKP-Versicherten mit Wohnsitz in der Schweiz zusammen.

#### *4.3. Referenzperioden*

- <sup>1</sup> Als Referenzperioden werden das Kalenderjahr und das Quartal bestimmt.

#### *4.4. Zeitbezug*

- <sup>1</sup> Das Monitoring stellt auf das Behandlungsdatum ab.

#### *4.5. Dauer und Periodizität*

- <sup>1</sup> Das Monitoring wird ab dem Kalenderjahr 2018 (Basisjahr) durchgeführt.
- <sup>2</sup> Das Monitoring wird zeitlich unbefristet durchgeführt.
- <sup>3</sup> Das Monitoring wird für jede Referenzperiode durchgeführt.

#### *4.6. Stichprobe*

- <sup>1</sup> Für das Monitoring wird auf Basis einer selektiven Stichprobe (engl. convenience sample) durchgeführt.
- <sup>2</sup> Es sind Daten von mehreren Versicherern, die in der Summe die Grundgesamtheit möglichst repräsentativ abdecken.

#### *4.7. Schichtung und Gewichtung*

- <sup>1</sup> Um einer Selektivität der Stichprobe entgegenzuwirken, wird eine Adjustierung der Stichprobe vorgenommen.
- <sup>2</sup> Die Grundgesamtheit wird in die Schichten Altersgruppen, Geschlecht und Grossregion des Wohnorts partitioniert.
- <sup>3</sup> Für jede Schicht wird ein Stichprobengewicht berechnet, indem innerhalb jeder Schicht die Grösse der Grundgesamtheit durch die Grösse der Stichprobe dividiert wird.
- <sup>4</sup> Entsprechend gängiger Praxis erfolgt anschliessend eine Stichprobengewichtung, um aussagekräftige Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zu ermöglichen.

#### 4.8. Regionalisierung der Ergebnisse

- <sup>1</sup> Für Aussagen auf regionaler Ebene wird auf die sieben Grossregionen gemäss Bundesamt für Statistik abgestellt: Région lémanique, Espace Mittelland, Nordwestschweiz, Zürich, Ostschweiz, Zentralschweiz und Tessin.

### 5. Messgrössen

#### 5.1. Partitionierung der Abrechnungsdaten in Patientenkontakte

- <sup>1</sup> Auf Basis der Definitionen des Patientenkontakts im Anhang B werden ambulante Leistungsdaten zu Patientenkontakten gruppiert. Für jeden Versicherten wird die Anzahl Patientenkontakte ermittelt.

#### 5.2. Klassifikation der Patientenkontakte

- <sup>1</sup> Durch die Klassifikation werden zunächst ambulante ärztliche Patientenkontakte von anderen ambulanten Patientenkontakten getrennt. Anschliessend wird für jeden ambulanten ärztlichen Patientenkontakt definiert, ob dieser pauschalierbar ist.

#### 5.3. Simulation der Abrechnungsdaten vor Einführung der Tarifstruktur über den ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif

- <sup>1</sup> Patientenkontakte der Leistungsjahre vor Einführung der Tarifstruktur über den ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif werden im Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs mit der Version 1.0 gruppiert.

#### 5.4. Messgrössen für ambulante ärztliche Leistungen im Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs und Einzelleistungstarifs (TARMED/TARDOC)

- <sup>1</sup> Alle nachfolgenden Messgrössen werden nach Grossregionen mit und ohne Risikoadjustierung gemäss Ziff. 7.2 sowie mit und ohne Abgrenzung gemäss Ziffer 6 ausgewiesen.
- <sup>2</sup> Praxis- und spitalambulant, total
  - Bruttokosten
  - Patientenkontakte
- <sup>3</sup> Praxis- und spitalambulant, Pauschalen
  - Bruttokosten
  - Patientenkontakte
  - Case Mix
  - Preis
- <sup>4</sup> Praxis- und spitalambulant, Einzelleistungen
  - Bruttokosten ärztliche Leistungen
  - Bruttokosten alle Leistungen
  - Patientenkontakte
  - Preis
- <sup>5</sup> Praxis- und spitalambulant, weitere (freiwillige Pauschalen Tarif 002/003, SVK-Leistungen)
  - Bruttokosten
  - Patientenkontakte

- 6 Praxisambulant, total
  - Bruttokosten
  - Patientenkontakte
- 7 Praxisambulant, Pauschalen
  - Bruttokosten
  - Patientenkontakte
  - Case Mix
  - Preis
- 8 Praxisambulant, Einzelleistungen
  - Bruttokosten ärztliche Leistungen
  - Bruttokosten alle Leistungen
  - Patientenkontakte
  - Preis
- 9 Praxisambulant, weitere (freiwillige Pauschalen Tarif 002/003, SVK-Leistungen)
  - Bruttokosten
  - Patientenkontakte
- 10 Spitalambulant, total
  - Bruttokosten
  - Patientenkontakte
- 11 Spitalambulant, Pauschalen
  - Bruttokosten
  - Patientenkontakte
  - Case Mix
  - Preis
- 12 Spitalambulant, Einzelleistungen
  - Bruttokosten ärztliche Leistungen
  - Bruttokosten alle Leistungen
  - Patientenkontakte
  - Preis
- 13 Spitalambulant, weitere (freiwillige Pauschalen Tarif 002/003, SVK-Leistungen)
  - Bruttokosten
  - Patientenkontakte

#### 5.5. Vergleichsmessgrössen

- 1 Zur Einordnung der Kostenentwicklung werden weitere Messgrössen zu ambulanten ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungen betrachtet.
- 2 Physiotherapie
  - Bruttokosten
- 3 Ambulante Pflege: Spitex und ambulante Pflegefachpersonen
  - Bruttokosten
- 4 Weitere ambulante Bereiche: Zahnmedizin, Chiropraktik, Hebammen, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Transport- und Rettung, etc.

- Bruttokosten

## 6. Abgrenzung von Leistungen und Preisveränderungen

### 6.1. Veränderungen der Leistungspflicht

- 1 Psychologische Psychotherapie
- 2 Podologie
- 3 Damit zukünftige Entwicklungen der Leistungspflicht die Aussagekraft des Monitorings nicht beeinträchtigen, können die Vertragsparteien auf Antrag der Monitoring-Stelle oder einer Vertragspartei vereinbaren, weitere Leistungen abzugrenzen und separat zu monitorisieren.

### 6.2. Veränderungen des Anwendungsbereichs

- 1 Damit Veränderungen des Anwendungsbereichs des Patientenpauschaltarifs die Aussagekraft des Monitorings nicht beeinträchtigen, können die Vertragsparteien auf Antrag der Monitoring-Stelle oder einer Vertragspartei vereinbaren, Leistungen abzugrenzen und separat zu monitorisieren.

### 6.3. Leistungen zu Lasten Dritter

- 1 Leistungen, die in den Abrechnungsdaten enthalten sind, aber durch Dritte (z.B. Bund) vergütet werden, können die Vertragsparteien auf Antrag der Monitoring-Stelle oder einer Vertragspartei, abgrenzen und separat monitorisieren.

### 6.4. Preisveränderungen

- 1 Die Kostenentwicklung bei TARMED-Leistungen wird um allfällige Preisveränderungen (Taxpunktwert TPW) bereinigt. Dazu wird der TPW aus dem Basisjahr (2018) auf die Taxpunktvolumina der Folgejahre angewendet.

## 7. Bildung von Messgrössen

### 7.1. Aggregation zu Mittelwerten

- 1 Die Messgrössen werden aus der Aggregation der arithmetischen Mittelwerte unter Berücksichtigung der Stichprobengewichte gebildet.
- 2 Sämtliche Messgrössen sind als durchschnittliche Werte pro versicherte Person zu interpretieren.

### 7.2. Risikoadjustierung

- 1 Mittels Risikoadjustierung wird die Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur im Basisjahr konstant gehalten.
- 2 Die Risikoadjustierung wird mit folgenden Merkmalen durchgeführt:
  - Demographie: Altersgruppen (Definition wie im Datenpool der SASIS AG), Geschlecht (M/W);
  - Patientenverhalten und Versicherungsdeckung: Jahresfranchise (hoch/tief), Unfalldeckung (ja/nein), Person hat mindestens eine Arztkonsultation während der Referenzperiode (ja/nein), Person hat mindestens eine spitalambulante Notfallbehandlung während der Referenzperiode (ja/nein);

- Morbiditätsindikatoren gemäss Risikoausgleich: Spitalaufenthalt im Vorjahr (ja/nein), hohe Medikamentenkosten im Vorjahr (ja/nein), 36 Indikatoren für pharmazeutische Kostengruppen PCGs (ja/nein);
  - Indikator(en) für Patienten, die einen Eingriff hatten, der auf der Liste «ambulant vor stationär» (AvoS) verzeichnet ist.
- <sup>3</sup> Führt diese Risikoadjustierung zu offensichtlich unhaltbaren mit der tatsächlichen Situation in klarem Widerspruch stehenden Resultaten, können die Vertragsparteien vereinbaren, im technischen Konzept gemäss Ziff. 3 die Risikoadjustierung um die erforderlichen Merkmale zu erweitern.
- <sup>4</sup> Die Risikoadjustierung wird mittels Entropy Balancing (Hainmüller 2018) durchgeführt.