



KOSTENNEUTRALITÄT

47.7

FAQ's zur Kostenneutralität TARMED und zum Datenpool santésuisse

Spezifikation der Daten im Datenpool

1. Welche Kosten weist der santésuisse Datenpool zur Kontrolle der Kostenneutralität TARMED aus?

Es handelt sich um Bruttokosten, d.h. die pro Leistungserbringer gesamthaft in Rechnung gestellten KVG-Leistungen ohne Abzug von Franchise und Selbstbehalt und ohne Berücksichtigung der Kantonszugehörigkeit des Patienten, abgegrenzt nach Abrechnungsdatum beim Versicherer. Es sind ambulante und teilstationäre Behandlungen erfasst.

2. Welche Kosten können von den reinen ärztlichen Leistungen gemäss TARMED abgegrenzt werden?

Es können nur Medikamentenkosten abgegrenzt werden, wobei sich die Qualität der Abgrenzung in den Jahren seit 1997 stark verbessert hat, weswegen es auch zu so grossen Steigerungsraten bei den Medikamenten gekommen ist. Die paramedizinischen Leistungen (Physio, Ergo, Logo, Ernährungsberatung) können nicht abgegrenzt werden.

Hinweis: Problematisch ist die mangelhafte Abgrenzbarkeit insbesondere für die Phase der Kostenneutralität (weniger für die Berechnung von x_1), falls die Kostensteigerungsraten der Nicht-TARMED-Leistungen höher sind als die Kostensteigerungsrate der TARMED-Leistungen, da dann der TPW systematisch zu tief nach unten korrigiert wird (und umgekehrt). Santésuisse hat in Aussicht gestellt, dass bei Vorliegen von plausiblen Datengrundlagen seitens der Leistungserbringer Abgrenzungen während der Kostenneutralitätsphase möglich sind und somit die Kostensteigerung im Medikamentenbereich (etc.) nicht unter die Kostenneutralität fallen.

3. Die Abdeckung des santésuisse-Datenpools hat sich in den letzten Jahren verändert und ist in den Kantonen unterschiedlich hoch. Wie wird der sich verändernden Abdeckung Rechnung getragen?

Die Betrachtung der Kosten erfolgt immer pro Versicherten. Wenn also in einem Kanton und Monat eine Abdeckung von 92% erreicht wird, tauchen im Divisor nur 92% der Versicherten auf.

Umgang mit Veränderung von exogenen Faktoren

4. Welche exogenen, kantons-spezifischen Faktoren sollten die Leistungserbringer und Kantone bei der Verhandlung von x_1 beachten (ab 1997)?



- Schliessungen/Neu-Eröffnungen von Spitalambulatorien/freien Praxen (insbesondere in kleinen Kantonen und Spezialitäten; nur relevant, wenn sich interkantonale Patientenströme ändern)
- Veränderungen in der Abrechnungsart (Einzelleistungen, Pauschalen)
- Veränderungen von Pauschaleninhalten (z.B. Medikamente separat abgegolten)
- Änderung in der Rechnungsstellung (tiers garant/tiers payant)
- Änderung in der Abrechnung der Belegarztleistungen
- Änderung des SLK-Taxpunktswerts
- Änderungen in den Definitionen von ambulant, teilstationär und stationär (s. VKL!)

Anomalitäten im Datenverlauf gemäss Datenpool seit 1997 können eventuell auf diese Faktoren zurückgeführt werden.

5. Wie kann mit Änderungen von exogenen Faktoren (s. Bsp. unter Punkt 4) während der Kostenneutralitätsphase (also nach Einführung von TARMED) umgegangen werden?

Grundsätzlich wird geraten, Änderungen von exogenen Faktoren in der Einführungsphase von TARMED zu vermeiden. Wenn sie nicht vermieden werden können, muss dies in die Anwendung des Kontrollmechanismus einfließen. Entsprechende Datengrundlagen sollten durch die Kantone bereitgestellt werden.

6. Welche Veränderungen der Patientenströme sind bedeutsam für die Sicherstellung der Kostenneutralität?

Problem Grenzgänger nach dem Inkrafttreten der Bilateralen Verhandlungen: Es fließen grundsätzlich die Leistungen der in der Schweiz tätigen Leistungserbringer, welche an in der Schweiz versicherten Personen erbracht wurden, ein. Problematisch werden Grenzgängerströme also nur dann, wenn sich ihre Risikostruktur signifikant von der Risikostruktur der Schweizer Bevölkerung unterscheidet.

Problem interkantonale Patientenströme: Interkantonale Patientenströme können verursacht werden durch geschlossene oder neu eröffnete Praxen oder Spitalambulatorien. Allfällige Patientenströme sollten durch die beteiligten Parteien beobachtet werden, um die entsprechenden Modifikationen bei der Anwendung des Kontrollmechanismus vornehmen zu können.

Problem Patientenströme zwischen öffentlichen und privaten Spitälern: Patientenströme zwischen öffentlichen und privaten Spitälern können verursacht werden durch die sinkende Bereitschaft der Privatspitäler, gewisse schlechter abgegoltene Leistungen zu erbringen. Allfällige Patientenströme sollten durch die beteiligten Parteien beobachtet werden, um die entsprechenden Modifikationen bei der Anwendung des Kontrollmechanismus vornehmen zu können.

Grundlage zur Kontrolle der Kostenneutralität

7. Zwischen der im März 2002 und der im Juli 2002 von santésuisse publizierten Tabelle (Grundlagen zur Festlegung des Korrekturfaktors x_1) gibt es grosse Unterschiede. Worauf sind diese Unterschiede zurückzuführen und woran sollen sich die kantonalen Verhandlungen für x_1 orientieren?

Es handelt sich bei der ersten Tabelle vom März 2002 um provisorische Werte auf der Basis von kumulierten Monatsdaten, bei der zweiten Tabelle um bereinigte Jahresdaten. Die Unterschiede haben sich nicht durch die Bereinigung der Daten ergeben (hier liegt der durch santésuisse geschätzte Unterschied im Promille-Bereich), sondern durch die Korrektur der Angaben



eines grossen Versicherers, der vorerst einen Teil seiner stationären Fälle irrtümlicherweise als ambulante Fälle verbucht hatte. Die kantonalen Verhandlungen können sich also an der zweiten Tabelle orientieren. Die Korrektur der TPW während der Kostenneutralitätsphase erfolgt zwar über kumulierte Monatsdaten, es werden aber wie bereits erwähnt keine nennenswerte Unterschiede zu den Jahresdaten erwartet.

Allgemeine Fragen

8. Wie kommt es, dass bei der Kontrolle der Kostenneutralität (aufgrund Datenpool santésuisse) auf die Kosten aller in einem Kanton behandelten Patienten abgestellt wird, im Tool zur Startaxtpunktwertberechnung jedoch nur auf die Kosten innerkantonaler Patienten?

Anhand des Datenpools kann nicht differenziert werden, ob es sich bei einer ambulanten Behandlung um eine innerkantonale oder eine ausserkantonale handelt, womit auch keine differenzierte Korrektur möglich ist. Es wird daher davon ausgegangen, dass es nur einen - gemittelten – TPW geben soll.

Die Korrektur müsste im Falle gesplitteter TPW über von den Leistungserbringern beigebrachte Daten über die Volumina von Taxpunktzahlen erfolgen. Es müssten neben den jeweiligen Häufigkeiten auch Daten der Patientenströme mit einbezogen werden.

In beiden Fällen muss das Tool zu Startaxtpunktwertberechnung einmal mit den innerkantonalen Werten und ein zweites Mal mit ausserkantonalen Werten durchgerechnet werden (d.h. wenn im Tool mit eigenen Häufigkeitsangaben gearbeitet wird, fliessen ev. auch andere Häufigkeitsangaben ein).

9. Welche Kontrollmöglichkeiten haben die Kantone und Leistungserbringer bezüglich der Daten des santésuisse-Datenpools?
- Leistungserbringer und Versicherer bilden gemeinsam das Kostenneutralitätsbüro. Die Kantone sind darin mit zwei Sitzen im Beobachterstatus vertreten.
 - Nach Abschluss der kantonalen Vertragsverhandlungen wird santésuisse unter Berücksichtigung des kantonalen Korrekturfaktors x_1 die Sollkosten gemäss Kostenneutralitätskonzept auf Ebene Vertragsgemeinschaften berechnen und den Vertragsparteien zur Verfügung stellen.
 - Santésuisse und insbesondere der Projektleiter TARMED, Beat Schläfli, ist gerne bereit, im Einzelfall kantonale Daten mit santésuisse-Daten eingehend zu vergleichen (nach Terminvereinbarung).
 - Eine Einsichtnahme in individuelle Daten auf Stufe Leistungserbringer und/oder Versicherer im Datenpool ist aus Datenschutzgründen nicht möglich. Es handelt sich beim Datenpool laut santésuisse um eine privatrechtliche Datensammlung.

18.9.2002/ANN