



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

Schweizerischer Bundesrat
p. A. Bundeskanzlei
Informationsdienst
Bundeshaus West
3003 Bern

Solothurn / Bern, 29. November 2023

Eingabe Tarifversion 1.0 der neuen Patientenpauschaltarifstruktur (i.S.v. Art. 43 Abs. 5, 5^{ter} KVG) zur Genehmigung

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Bundesrätinnen und Bundesräte

Mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 2021 hat der Gesetzgeber eine neue Ausgangslage für die Einführung einer Patientenpauschaltarifstruktur und das Zusammenspiel mit einem Einzelleistungstarif geschaffen. Abschnitt 1 nimmt Bezug auf das breit abgestützte Anliegen aller Tarifpartner, den TARMED durch ein kohärentes Tarifsystem abzulösen. In Abstimmung mit dem Dachschreiben der Organisation Ambulante Arzttarife AG (OAAT) vom 1. Dezember 2023 unterbreiten die Tarifpartner H+ und santésuisse dem Bundesrat das Gesuch, die Einführungsversion der Patientenpauschaltarifstruktur zu genehmigen. Der Genehmigungsgegenstand ist im Abschnitt 2 beschrieben. Das Gesuch nimmt im Abschnitt 3 Bezug auf die formalen und Abschnitt 4 auf die materiellen Anforderungen, die der Bundesrat in den vergangenen Jahren den Tarifpartnern kommuniziert hat. Im Rahmen des Prüfverfahrens zu den Vorversionen hat das Bundesamt für Gesundheit eingehend Stellung genommen. Abschnitt 5 greift die Stellungnahme des Bundesamtes auf. Die Schlussbestimmungen in Abschnitt 6 gehen auf die Themen Öffentlichkeitsrecht, die laufende KVV-Revision und den Einführungszeitpunkt des Patientenpauschaltarifs ein.

1 Kohärentes Tarifsysteem

Der revidierte Artikel 43 KVG verändert grundlegend das Zusammenspiel von Patientenpauschaltarif und Einzelleistungstarif, indem Absatz 5^{ter} den Vorrang des Patientenpauschaltarifs vor dem Einzelleistungstarif verankert. Das Parlament hat seinen Willen im Postulat 22.3505 mit Nachdruck bestätigt. Das Dachschreiben der OAAT mit den Tarifierungsgrundsätzen und der Vereinbarung zu den übergeordneten Konzepten in Kombination mit den Gesuchen der Tarifpartner gilt es vor diesem Hintergrund zu würdigen.

Folgerichtig besteht das kohärente Tarifsystem gemäss der Zusatzvereinbarung aller Tarifpartner zur Gründung der OAAT aus der gleichzeitigen Einführung des Patientenpauschaltarifs und der TARDOC-Tarifstruktur. Dank dem Konzept des Patientenkontakts und der Verwendung von in sich abgeschlossenen Leistungsbereichen zur Definition der Anwendungsbereiche können die beiden Tarife überlappungsfrei und nachvollziehbar angewendet werden:

- Der Patientenpauschaltarif kommt in ressourcenintensiven Bereichen zur Anwendung, wie z.B. bei Operationen, interventionellen Angiografien, Endoskopien, CT/MRI, Nuklearmedizin sowie Radioonkologie.
- Die TARDOC-Tarifstruktur wird in denjenigen Bereichen angewendet, in denen nicht mit dem Patientenpauschaltarif abgerechnet wird: z.B. Sprechstunden, Ultraschall, Röntgen, Funktionsdiagnostik.

Die Einführung des Patientenpauschaltarifs in Kombination mit der TARDOC-Tarifstruktur macht den Weg frei für ein zukunftsgerichtetes Tarifsystem. Es bildet die Voraussetzung, Fragen zur Finanzierung im ambulanten Bereich auf der neu geschaffenen Basis anzugehen und fördert eine sektorenübergreifende, integrierte Versorgung. H+ und santésuisse waren vor 11 Jahren im Lead, als SwissDRG im stationären Bereich eingeführt wurde. Es ist nur logisch, die Erfolgsgeschichte der datenbasierten Tarifsysteme nun auch im ambulanten Bereich fortzusetzen.

Das kohärente Tarifsystem weist viele Vorteile auf, vor allem jene des Patientenpauschaltarifs stechen heraus:

- Aufgrund der Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer (Routinedaten) kann das Tarifsysteem jährlich von der OAAT AG weiterentwickelt werden (lernendes System).
- Es bestehen keine Abhängigkeiten von Partikularinteressen, insbesondere der medizinischen Fachgesellschaften.
- Aufgrund der einfachen Leistungserfassung (1 Diagnose und 1 Prozedur) besteht ein grosses Automatisierungspotenzial. Dies erleichtert die Rechnungsstellung. Es kommt zu weniger Rückweisungen durch die Versicherer und die Anzahl Streitfälle wird verringert. Das schlägt sich schlussendlich in der Effizienz nieder und spart Kosten.
- Ein einheitliches Regelwerk, welches im Grouper hinterlegt ist, muss von allen Leistungserbringern, spital- oder praxisambulant, gleich angewendet werden. Der Interpretationsspielraum, wie wir ihn heute im TARMED kennen, wird somit eliminiert.
- Die ambulanten Fallgruppen ermöglichen kostenbasierte Wirtschaftlichkeitsvergleiche, setzen Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserbringung und fördern die Durchlässigkeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich.

Aus obenstehenden Ausführungen ergibt sich, dass H+ und santésuisse den zur Genehmigung eingereichten Patientenpauschaltarif nicht als isoliertes Werk betrachten. Der Patientenpauschaltarif ist in mehrfacher Hinsicht ein wichtiger Bestandteil des kohärenten Tarifsystems. Ein wichtiger Aspekt ist die Ablösung von Teilen der TARDOC-Tarifstruktur, die auf Basis des INFRA-Modells tarifiert wurden. Diverse problematische Aspekte des INFRA-Modells wie zum Beispiel der SUK-Satz waren Gegenstand des Prüfberichts des Bundesamtes für Gesundheit vom 19. November 2020. Sowohl die TARMED-Tarifstruktur als auch die TARDOC-Tarifstruktur verwenden das INFRA Kostenmodell, um Leistungen in ressourcenintensiver Infrastruktur zu tarifieren. Die Anzahl an Leistungen, die mit dem INFRA-Modell tarifiert sind, sinkt erheblich mit Einführung des Patientenpauschaltarifs. Der Patientenpauschaltarif als Teil des kohärenten Tarifsystems verändert – respektive verbessert aus Sicht von H+ und santésuisse – die Ausgangslage für die Genehmigungsfähigkeit.

2 Genehmigungsggegenstand: Tarifstrukturvertrag Patientenpauschalen

Die Tarifpartner ersuchen den Bundesrat, folgende Dokumente zu genehmigen:

- Tarifstrukturvertrag über den ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif (ambulante Pauschalen) zwischen H+ und santésuisse sowie seine Anhänge (siehe Anhang 1)
 - Anhang A: Katalog der ambulanten Fallgruppen

- Anhang B: Anwendungsmodalitäten
- Anhang C: Richtlinien für ambulante Kodierung
- Anhang D: Rechnungstellung und Datenaustausch
- Anhang E: Methode zur Berechnung ertragsneutraler Startpreise
- Anhang F: Monitoring-Stelle und Monitoringkonzept
- Anhang G: Kostenneutralitätskonzept und Korrekturmassnahmen
- Definitionshandbuch nach *chop* (siehe Anhang 2)

Ergänzend sei bemerkt, dass das Definitionshandbuch nach *tarifziffer* dem Gesuch ebenfalls beiliegt (vgl. Beilage 13).

3 Formelle Anforderungen des Bundesrates

3.1 Gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur

Eine national einheitliche und für alle verbindliche Tarifstruktur muss in einem von allen massgeblichen Tarifpartnern gemeinsam unterzeichneten Tarifvertrag vereinbart werden. Vor dem Hintergrund dieser gesetzlichen Vorgabe haben die Tarifpartner im Rahmen der Gründung der OAAAT AG im Jahr 2022 vereinbart, dass die Tarifpartner «*die beiden Tarifstrukturen TARDOC und ambulante Pauschalen gegenseitig*» anerkennen und sich an der Einreichung zur Genehmigung beim Bund beteiligen. An dieser Stelle sei auf das Dachschreiben der OAAAT AG vom 1. Dezember 2023 verwiesen.

Der Tarifstrukturvertrag betreffend Patientenpauschaltarifstruktur wurde von H+ und santésuisse unterschrieben. Auf Seiten der Versicherer hat santésuisse den Tarifstrukturvertrag unterzeichnet. santésuisse vertritt die Mehrheit der Versicherer und der Versicherten. Auf Seiten Leistungserbringer hat H+ den Tarifstrukturvertrag unterzeichnet. H+ vertritt die Spitäler und somit diejenigen Leistungserbringer die stark von der Einführung des Patientenpauschaltarifs betroffen sind. Bis Ende 2022 hat zudem die FMCH die Interessen der niedergelassenen Leistungserbringer im Rahmen der Systementwicklung vertreten. Nachdem die Basis für praxistaugliche ambulante Pauschalen geschaffen wurde, ist die FMCH Ende 2022 aus der solutions tarifaires suisses AG ausgetreten (vgl. Medienmitteilung der FMCH vom 2. September 2022).

3.2 Involvierung aller Tarifpartner

Ungeachtet vom Kreis der Unterzeichnenden und dem Aktionariat der solutions tarifaires suisses AG hatten alle Tarifpartner aber auch Spitäler, Versicherer und Fachgesellschaften die Möglichkeit, an der Entwicklung des Patientenpauschaltarifs aktiv mitzuwirken:

- Im Herbst 2021 wurde eine Vernehmlassung zur Systemversion 0.2 mit den Mitgliedern von H+, FMCH, santésuisse sowie den übrigen Tarifpartnern, inkl. den interessierten medizinischen Fachgesellschaften durchgeführt.
- Mit den Mitgliedern von H+, FMCH, santésuisse und weiteren interessierten medizinischen Fachgesellschaften hat die solutions tarifaires suisses AG im Frühling 2022 technische Workshops durchgeführt.
- Die solutions tarifaires suisses AG hat im Frühjahr 2023 eine Konsultation zur Systemversion 0.3 durchgeführt. Die Rückmeldungen wurden beurteilt und haben – wo eine Systemverbesserung damit möglich war – Eingang in die Systementwicklung gefunden.

3.3 Einverständnis der Patientenorganisationen

Die Tarifpartner haben die Patientenorganisationen angeschrieben. Allfällige Stellungnahmen der Patientenorganisationen werden dem Bundesamt für Gesundheit nachgereicht. Den Patientenorganisationen wurde angeboten, das Tarifwerk bei Bedarf im Rahmen eines Austausches zu präsentieren.

4 Materielle Anforderungen des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seinen diversen Schreiben an die Tarifpartner die materiellen Anforderungen an die Genehmigung von schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen festgehalten (Schreiben vom 2. Juni 2015, 30. Juni 2021 sowie 3. Juni 2022). In diesem Abschnitt des Gesuchs werden die vier zentralen Prüfkriterien in den vorgenannten Schreiben aufgegriffen.

4.1 Vollständige Dokumentation und Transparenz

4.1.1 Umfassende Dokumentation (inkl. Tarifmodell und Berechnungsgrundlagen, Berechnungsmethoden)

a) Bericht

Beilage 1 dokumentiert die Entwicklung der Tarifstruktur und enthält Erläuterungen zu den zentralen Aspekten des Patientenpauschaltarifs. Wichtige Kennzahlen zum System enthält das Kapitel 6. In den Anhängen zum Bericht befinden sich die Dokumente im Zusammenhang mit der Datenerhebung und die Listen mit den Triggerpositionen. Die Triggerpositionen definieren, ob ein Patientenkontakt innerhalb des Anwendungsbereichs des Patientenpauschaltarifs liegt.

b) Datensatz

Beilage 31 enthält den Datensatz, welcher für die Entwicklung der Tarifstruktur verwendet wurde. Eine Übersicht zu den übermittelten Variablen kann Beilage 30 entnommen werden. Den Datensatz stellt die solutions tarifaires suisses AG dem BAG auf elektronischem Weg zu. Für die Bestimmung der Art der Datenübermittlung wird die solutions tarifaires suisses AG mit dem BAG direkt Kontakt aufnehmen.

c) Simulationsgrouper

Auf der Homepage der solutions tarifaires suisses AG steht allen zukünftigen Anwendern aber auch den Behörden und weiteren interessierten Kreisen ein Simulationsgrouper zur Verfügung (<https://grouper.solutions-tarifaires.ch>). Dieser erlaubt es das Gruppierungsergebnis für Abrechnungsdaten (Batch) oder für einzelne Fälle zu simulieren.

d) Datenspiegel

Auf der Homepage der solutions tarifaires suisses AG kann der Datenspiegel für die Einführungsversion eingesehen werden (https://solutions-tarifaires.ch/assets/Downloads/de/Tarifversion-1-0/Datenspiegel-v1.0_DE.zip). Er gibt pro Fallgruppe und in aggregierter Form Auskunft zu den Kosten (Mittelwert, Verteilung) sowie zum Patientenkollektiv (Alter, Geschlecht).

4.1.2 Schätzung der finanziellen Auswirkung

a) Kostenschätzung

Die Tarifpartner haben gestützt auf einer detaillierten Auswertung der Leistungsdaten 2021 und den Ergebnissen aus der Pilotphase ihres Monitoringkonzepts (Beilage 27) eine Kostenfolgeschätzung für das Jahr 2025 vorgenommen (Beilage 20).

Datengrundlage für die Kostenfolgeschätzung waren der Datensatz Patientendaten Spital ambulant (PSA) 2021 für den spitalambulanten Bereich und Abrechnungsdaten von sechs Versicherern für den Praxisbereich. Die Aufbereitung der Daten erfolgte in folgenden Schritten:

- Rechnungszeilen ohne Relevanz für die Kostenfolgeschätzung wurden gelöscht
- Identifikation und Klassifikation aller Patientenkontakte sowie Gruppierung der Patientenkontakte, die im Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs liegen.

- Bei Patientenkontakten im Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs wurde eine Erlösbereinigung für Blutprodukte und Implantate vorgenommen. Bei den Heilmitteln kann allein aus den Angaben auf der Rechnungszeile nicht unterschieden werden, ob es sich um ein appliziertes oder ein abgegebenes Heilmittel handelt. Für den Zweck der Kostenfolgeschätzung wurde keine Bereinigung um Erlöse für abgegebene Heilmittel vorgenommen.
- Für Leistungen, die nicht im Datensatz enthalten waren, aber über den Patientenpauschaltarif vergütet werden, fand eine Schätzung des entsprechenden Erlösvolumens statt. Hierbei handelt es sich um Laboranalysen und pathologische Untersuchungen, die bei einem anderen Leistungserbringer in Auftrag gegeben werden.
- Für eine Aussage zur Grundgesamtheit wurden die Datensätze hochgerechnet. Zur Herleitung des Hochrechnungsfaktors wurde der Tarifpool der SASIS AG herangezogen.

Für eine Kostenfolgeschätzung in Bezug auf das Einführungsjahr wurden die für das Jahr 2021 hergeleiteten Volumina auf das Jahr 2025 extrapoliert. Die hierfür notwendige Wachstumsrate für die Kosten pro versicherte Person stammt aus der Machbarkeitsstudie zum Monitoringkonzept, welche BSS im Auftrag von H+ und tarifsuisse durchgeführt hat. Gegenstand der Machbarkeitsstudie war unter anderem das Wachstum der Leistungen im Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs für die Jahre 2018 bis 2022 (Kosten pro versicherte Person). Für das Bevölkerungswachstum wurde aus der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung die durchschnittliche Wachstumsrate für den gleichen Zeitraum berechnet.

b) Finanzierungswirkung

Die finanziellen Auswirkungen des Patientenpauschaltarifs können nicht nur in Form einer Kostenfolgeschätzung, sondern auch durch einen Vergleich bisheriger und zukünftiger Erlöse zum Ausdruck gebracht werden (siehe Beilage 21). Für eine Schätzung der zukünftigen Erlöse wurden alle Patientenkontakte im Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs gruppiert und das somit ermittelte Kostengewicht mit einem hypothetischen Preis multipliziert. Es wurden dabei folgende Dimensionen und Ebenen analysiert:

- Altersgruppen
 - im spitalambulantem Bereich
 - im niedergelassenen Bereich
- Sektorspezifische Analysen
 - Spalkategorien
 - Leistungsstellen (Aggregation der Facharztgruppen)

Für die Berechnung der Erlöse nach dem Patientenpauschaltarif wurden ertragsneutrale Preise ermittelt (vgl. Bericht, Ziff. 6.8). Bei den Analysen kam der für den jeweiligen Sektor ertragsneutrale Preis zur Anwendung. Dies reflektiert auch die Methode, welche die Tarifpartner zur Herleitung ertragsneutraler Preise festgelegt haben (vgl. Anhang E des Tarifstrukturvertrags). Das Konzept sieht vor, dass die Startpreise sektorspezifisch berechnet werden.

4.2 Wirtschaftlichkeit und Billigkeit

a) Entkoppelung von Tarifstruktur und Preis

Die Wirtschaftlichkeit ist ein wichtiger Bestandteil eines jeden Tarifs, der zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung angewandt wird. Im Gegensatz zum Einzelleistungstarif, bei dem auch durch die Höhe der Anzahl Taxpunkte pro Tarifposition die Wirtschaftlichkeit zum Ausdruck gebracht wird, stellt bei einem Pauschaltarif mit Relativgewichten einzig die Preisfindung die Wirtschaftlichkeit sicher. In diesem Sinne decken sich der Patientenpauschaltarif und Pauschaltarife im stationären Bereich. Die Relativgewichte bringen den Ressourcenverbrauch einer Pauschale im Vergleich zu allen anderen Pauschalen zum Ausdruck. Aus der absoluten Höhe der Kostengewichte lassen sich keine Aussagen zur Wirtschaftlichkeit ableiten. Ein weiteres wichtiges Element zur Entkoppelung von Tarifstruktur und Preis sowie Wirtschaftlichkeit ist die Normierung. Die Einführungsversion der Patientenpauschaltarifstruktur wurde auf eins normiert.

b) Monitoring

Mit der Einführungsversion 1.0 des Patientenpauschaltarifs haben H+ und santésuisse ein neues Monitoringkonzept (Anhang F des Tarifstrukturvertrags) vereinbart. Die Tarifpartner sind überzeugt, damit einerseits die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen und andererseits die Qualität eines vertraglich vereinbarten Monitorings auf ein höheres Niveau zu heben. Das Monitoring liefert nicht nur die Messgrößen für das Konzept zur Sicherstellung der Kostenneutralität, sondern wird über die Einführungsphase hinaus wertvolle Informationen über den ambulant ärztlichen Bereich liefern. H+ und santésuisse haben das Konzept durch das unabhängige Beratungsbüro BSS entwickeln lassen. Das Detailkonzept liegt diesem Genehmigungsgesuchs zur Tarifversion 1.0 bei (Beilage 26).

Für das Monitoringkonzept haben die Vertragsparteien eine Machbarkeitsstudie (proof of concept) in Auftrag gegeben. Auf Basis einer Datenlieferung von drei Versicherern konnte die Auftragsnehmerin BSS einerseits die Umsetzbarkeit des Konzepts belegen und andererseits Analysen zu den vereinbarten Kenngrößen für den Zeitraum 2018 bis 2022 durchführen (Beilage 27).

c) Konzept zur Sicherstellung der Kostenneutralität (Korridor und Korrekturmassnahmen)

Integraler Bestandteil des Patientenpauschaltarifs ist die Methode zur Herleitung der Startpreise (Anhang E des Tarifstrukturvertrags) und das Konzept zur Sicherstellung der Kostenneutralität auf Ebene der Struktur (Anhang G des Tarifstrukturvertrags). Kombiniert stellen die Anhänge die statische und dynamische Kostenneutralität sowohl auf Ebene Preis als auch auf Ebene Struktur sicher.

4.3 Anpassung an die aktuellen Gegebenheiten

Die Verwendung der Kosten- und Leistungsdaten aus den Jahren 2019, 2020 und 2021 hat es erlaubt, die Einführungsversion an die aktuellen ökonomischen Gegebenheiten und mit Einschränkungen auch an die aktuellen medizinischen Gegebenheiten anzupassen. Die Abbildung der medizinischen Gegebenheiten hinkt der Abbildung der ökonomischen Gegebenheiten hinterher, weil für die Entwicklung der Tarifstruktur die erbrachten Leistungen auf die vorhandenen Tarifziffern (primär TARMED-Positionen) abgestellt werden musste. Es ist hinlänglich bekannt und akzeptiert, dass der TARMED die medizinische Realität nicht oder nicht mehr in allen Bereichen abzubilden vermag. Diese Einschränkung gilt es allerdings differenziert zu betrachten. In der Anwendung des Patientenpauschaltarifs werden die erbrachten Leistungen nicht mittels bestehender Tarifziffern, sondern mittels CHOP Codes erfasst respektive kodiert. Das Abstellen auf den CHOP Katalog in der Anwendung und Tarifpflege garantiert eine Anpassung an die aktuellen Gegebenheiten. Ein hoher Anteil der heutigen CHOP Codes sind im System hinterlegt und erlauben es, dass der Patientenkontakt mit einer spezifischen Fallgruppe abgerechnet werden kann. Nur ein kleiner Teil der CHOP-Codes sind im System nicht erfasst und führen zu einer Eingruppierung in eine unspezifische Fallgruppe (Restklasse).

Mit der Erhebung der Daten aus dem ersten Anwendungsjahr wird es zudem möglich sein, allfällige Kostenunterschiede, die durch eine differenzierte und aktuelle Leistungserfassung möglich sind, im Katalog der ambulanten Fallgruppen rasch und sachgerecht abzubilden. Die Tarifpartner haben sich gemäss den verabschiedeten Tarifierungsgrundsätzen der OAA AG darauf geeinigt, dass die Tarifstrukturen regelmässig, in der Regel jährlich, weiterentwickelt werden. Die Vertragsparteien des Tarifstrukturvertrags haben sich verpflichtet, die Tarifstruktur nach Abschluss der dreijährigen Kostenneutralitätsphase zu aktualisieren und weiterzuentwickeln. Die hierfür zentralen Instrumente wie Antragsverfahren und Erhebung von Kosten- und Leistungsdaten sind ebenfalls vertraglich verankert (vgl. Tarifstrukturvertrag Teil III, Ziff. 1). Nach Vorbild der Tarifstrukturen im stationären Bereich wird mit Einführung des Patientenpauschaltarifs ein lernendes System geschaffen, das auch langfristig die aktuellen Gegebenheiten abbildet.

4.4 Vereinfachung der Tarifstruktur

Der Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs mit Fokus auf operativen und interventionellen Leistungen sowie Leistungen in ressourcenintensiver Infrastruktur erlaubt es, auf die Mehrheit der bisherigen Einzelleistungspositionen zu verzichten. Beilage 14 gibt den bereinigten TARMED-Katalog wieder. Die Einführung des Patientenpauschaltarifs würde die Anzahl Tarifpositionen von rund 4'500 auf etwas über 1'000 Positionen reduzieren.

Die Vereinfachung lässt sich aber nicht nur an der Reduktion der Anzahl Tarifpositionen messen. Weitere Merkmale der Vereinfachung stellt das Dokument *Anwendungsmodalitäten* dar. Im Gegensatz zur TARMED-Tarifstruktur und TARDOC-Tarifstruktur sind die vergütungsrelevanten Regeln und Definitionen nicht im Tarifbrowser auf unterschiedlichen Ebenen hinterlegt, sondern sind in einem einzigen Dokument mit Erläuterungen und Beispielen zusammengefasst. Insbesondere die Erläuterungen und Beispiele können kontinuierlich ergänzt werden, wodurch der Interpretationsspielraum minimiert wird.

Eine weitere Vereinfachung ergibt sich auch aus dem Umstand, dass die überwiegende Mehrheit der Fallgruppen mittels einer Diagnose und einer Prozedur angesteuert werden können. Wichtig in diesem Zusammenhang ist der Grouper, der die Patientenkontakte vollständig automatisch der korrekten Fallgruppe zuordnet. Die entsprechende Rechnungsprüfung wird dadurch vereinfacht.

Mit der tarifierten Einheit des abrechenbaren Patientenkontakts wurde unter dem Dach der solutions tarifaires suisses AG ein Konzept entwickelt, das den Herausforderungen, welche die gleichzeitige Anwendung von zwei national einheitlichen Tarifstrukturen stellen, gewachsen ist. Der Patientenkontakt stellt somit die Kompatibilität der beiden Tarifsysteme sicher, verhindert Anwendungsdifferenzen, und kann als ein weiteres Element der Vereinfachung betrachtet werden.

5 Materielle Prüfkriterien des BAG im Rahmen des Prüfverfahrens

Das BAG hat den Tarifpartnern H+ und santésuisse im Rahmen des Prüfverfahrens zur Vorversion 0.3 am 19. Juni 2023 eine Rückmeldung zu formalen und insbesondere auch zu materiellen Prüfkriterien zukommen lassen.

5.1 Zu Ziffer II.1 Datengrundlage / Repräsentativität

a) Repräsentativität und Verhältnis zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit

Anforderung: Die Repräsentativität der Spitaldaten ist sicher zu stellen und es muss eine Übersicht zur Grundgesamtheit vorhanden sein.

Als Stichprobe werden die Patientenkontakte im Kalkulationsdatensatz und als Grundgesamtheit alle spitalambulanten Patientenkontakte im Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs bezeichnet. Beilage 32 enthält eine Übersicht zur Grundgesamtheit. Ausgehend vom BfS-Datensatz Patientendaten Spital ambulant (PSA) des Jahres 2021 wurden sämtliche Patientenkontakte im Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs gruppiert und die Spitäler einer der vier Spitalkategorien (Universitätsspital, Zentrumsspital, Grundversorger, Spezialversorger) zugewiesen. Ein Abgleich mit der Stichprobe ist durch die Angaben zur Spitalkategorie (hospital_cat) in der Beilage 31 (Stichprobe) gewährleistet.

b) Einbezug Daten aus dem niedergelassenen Bereich

Anforderung: Die repräsentative Abbildung aller Leistungserbringergruppen ist zu verbessern oder im Rahmen eines detaillierten Vorgehenskonzeptes darzulegen, wie der Einbezug umgesetzt werden kann.

Die Einführungsversion wurde wie die Vorversion 0.3 auf Basis der Daten aus den Jahren 2019, 2020 und 2021 entwickelt. Im Rahmen der Systementwicklung von Version 0.3 zur Version 1.0 wurde die Datenbasis nicht erweitert. Die Tarifpartner sind überzeugt, dass die Datenbasis nach Einführung des Systems im Rahmen der regulären Datenerhebung rasch erweitert werden kann und sind motiviert, die Arbeiten, um Leistungserbringer aus dem niedergelassenen Bereich für eine Datenlieferung zu gewinnen, an die Hand zu nehmen.

Aktuell können keine fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten für den niedergelassenen Bereich (Arztpraxen, Gruppenpraxen, vom Spital unabhängige Radiologie- und Operationszentren) erhoben werden. Dies liegt nicht am fehlenden Erhebungsprozess, sondern ist dem Umstand geschuldet, dass keine fallbasierten Daten, welche für die Pflege und Weiterentwicklung des Patientenpauschaltarifs notwendig wären, vorhanden sind. Da Daten aus dem niedergelassenen Bereich für die Pflege und Weiterentwicklung beider Arzttarife notwendig und wichtig sind, sollte ein solches Projekt im Rahmen der Zusammenarbeit aller Tarifpartner innerhalb der OAAT AG durchgeführt werden. Wir erachten es als entscheidend für die Akzeptanz und den Umsetzungserfolg, dass ein solches Projekt von der FMH mitgetragen wird, da die Mitglieder der FMH hauptsächlich davon betroffen wären und den Aufwand für die Generierung und Lieferung der Daten tragen müssen.

Die wichtigsten Eckpunkte des Vorgehenskonzeptes seien nachfolgend dargelegt:

- Das Projekt zur Pilotierung der Datenerhebung im Praxisbereich erstreckt sich über rund drei Jahre. Mit dem Projekt soll erreicht werden, dass in einem ersten Schritt die Leistungserbringer im Praxisbereich fallbasierte Kosten- und Leistungsdaten generieren und in einem zweiten Schritt die Daten aus dem Jahr 2026 erhoben werden können. Die Dauer des Projekts ist massgeblich dem Umstand geschuldet, dass die Kostendaten einen Fallbezug aufweisen müssen. Im Gegensatz zu

REKOLE für den Spitalbereich gibt es aktuell keine Vorgaben und keinen Standard für den niedergelassenen Bereich. Für den Patientenpauschaltarif müssen die Leistungserbringer in der Lage sein, fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten zu liefern.

- Die Datenerhebung aus dem niedergelassenen Bereich erfolgt unter dem Dach der OAAT AG. Die Anliegen des Einzelleistungs- und des Patientenpauschaltarifs an die zukünftige Datengrundlage gilt es zu koordinieren.
- Für die Lieferung fallbasierter Kostendaten müssen die Leistungserbringer über eine Kostenrechnung verfügen, wobei zum heutigen Zeitpunkt insbesondere das Vorhandensein und die Güte einer entsprechenden Kostenrechnung nicht bekannt sind. Aus diesem Grund wird zu Beginn des Projekts eine Bestandesaufnahme durchgeführt. Die Bestandesaufnahme betreffend vorhandener Kostenrechnungssysteme wird um eine Analyse des Leistungsspektrums ergänzt. Die Ergebnisse aus der Bestandesaufnahme helfen, Leistungserbringer zu identifizieren, die sich für eine Teilnahme an der Pilotphase eignen. Im Rahmen der Pilotierung wird die Zusammenarbeit mit Leistungserbringern gesucht, die ärztliche Leistungen mehrheitlich über den Patientenpauschaltarif abrechnen, ein kleines Leistungsspektrum aufweisen, eine Kostenrechnung implementiert haben sowie Informationen und Daten mit dem tarifarischen Fall als Kostenträger generieren können.
- Der erhobene IST-Zustand kann anschliessend mit dem SOLL-Zustand, der unter Einbezug der Stakeholder entwickelt wird, abgeglichen werden. Daraus lassen sich die weiteren Konzepte und Handlungsempfehlungen betreffend Kostenrechnung ableiten.
- Die Datenbasis im niedergelassenen Bereich soll schrittweise erschlossen werden. In einer Pilotphase sollen Daten von Leistungserbringern erhoben werden, welche die Bereitschaft haben, sich an einer Piloterhebung zu beteiligen und die oben beschriebene Voraussetzung erfüllen. Gestützt auf den Erfahrungen aus dem Pilotbetrieb soll im Regelbetrieb die Datenbasis der datenliefernden Leistungserbringer laufend erweitert und verbessert werden.

Beilage 23 fasst den Inhalt und Zeitplan der verschiedenen Teilprojekte zusammen.

c) Daten von spezialisierten ambulanten Operationseinrichtungen

Anforderung: Für eine repräsentative Stichprobenerhebung müssen die Daten von spezialisierten Operationseinrichtungen einbezogen werden.

Spezialisierte Operationseinrichtungen zeichnen sich aus durch rein ambulantes Patientengut ohne Notfälle. Dadurch lassen sich die Prozesse optimal planen, und die Infrastruktur optimal auslasten.

Dieses kostengünstige System wird nicht nur in spezialisierten Operationseinrichtungen, sondern auch in den meisten Spitälern angewendet. Dies zeichnet sich aus durch spezifisch für ambulante Eingriffe reservierte Operationssäle mit separaten Prozessabläufen und Tagesklinik-Stationen. Insofern beinhalten die verwendeten Daten auch diese kostengünstigen Prozesse.

Weiter gilt es zu beachten, dass die Spitäler seit Jahren den Prozessoptimierungen insgesamt und im ambulanten Bereich ein hohes Gewicht einräumen. Bei Bedarf können wir für das BAG auch Besichtigungstermine organisieren, damit die Abläufe im spitalambulanten Bereich besser eingeschätzt werden können.

5.2 Zu Ziffer II.2: Fallpauschalenkatalog (Tarifstruktur) und Abgrenzung zum Einzelleistungstarif

a) Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs

Anforderung: Für die Einführungsversion ist die Abgrenzung zwischen Patientenpauschal- und Einzelleistungstarif klar auszuweisen. Die Konsequenzen, die sich durch die Aufführung einer Tarifpositionen auf der Triggerliste ergeben, sind zu erläutern.

Eine Triggerposition bedeutet, dass der entsprechende Patientenkontakt immer und eindeutig in den Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs fällt. Patientenkontakte mit einer Triggerposition müssen mittels ambulanter Pauschale abgerechnet werden. Entsprechend dürfen Triggerpositionen nach Einführung des ambulanten Pauschalensystems nicht mehr mittels Einzelleistungstarif abgerechnet werden, wodurch mit Hilfe der Liste der Triggerpositionen (vgl. Beilage 10) eine eindeutige Abgrenzung zwischen Patientenpauschal- und Einzelleistungstarif möglich wird.

Zudem leitet sich aus dem Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs der Anwendungsbereich des Einzelleistungstarifs ab. Dieses Prinzip haben die Partnerorganisationen der OAAT AG in den Tarifierungs-

grundsätzen verankert und die OAAT AG beauftragt, im Einzelleistungstarif nicht mehr abrechenbare Tarifpositionen zu bezeichnen. (vgl. Ziff. 5.2 der Tarifierungsgrundsätze). Die OAAT AG führt diese Aufgabe zeitnah nach der Genehmigung des Patientenpauschaltarifs und rechtzeitig vor dessen Inkrafttreten durch.

Das Konzept des Patientenpauschaltarifs sieht vor, grundsätzlich alle Leistungen der ambulanten Spezialversorgung abzudecken. In Bezug auf den Anwendungsbereich der Einführungsversion (Tarifversion 1.0) gibt es diesbezüglich allerdings folgende Aktualisierungen im Vergleich zur Tarifversion 0.3 zu beachten. Im Vergleich zu den Vorversionen wurde der Anwendungsbereich auf diejenigen Leistungsbereiche eingeschränkt, die eindeutig der Spezialversorgung zuordenbar sind. Leistungen der Funktionsdiagnostik, die nicht zwingend in einer ressourcenintensiven Infrastruktur erbracht werden, sind mit der Einführungsversion nicht abgebildet. Die Tabellen 19 und 20 in Kapitel 6.6 des Berichts zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs (Tarifversion 1.0) zeigen, dass über die drei Tarifversionen 0.2, 0.3 und 1.0 eine erhebliche Fokussierung des Anwendungsbereichs auf Leistungen in ressourcenintensiven Infrastrukturen erfolgt ist (man beachte den überproportionalen Rückgang im Anteil Patientenkontakte im Vergleich zum Anteil TARMED-Erlös):

Anteil Patientenkontakte			
	v1.0	v0.3	v0.2
Niedergelassener Bereich	5%	8%	14%
Spitalambulanter Bereich	19%	21%	36%

Tabelle 1: Abdeckungsgrad Patientenpauschaltarif, Anteil Patientenkontakte

Anteil TARMED-Erlös			
	v1.0	v0.3	v0.2
Niedergelassener Bereich	20%	27%	41%
Spitalambulanter Bereich	44%	49%	65%

Tabelle 2: Abdeckungsgrad Patientenpauschaltarif, Anteil TARMED-Erlös

b) Leistungsumfang einer Fallgruppe

Anforderung: Der Leistungsinhalt jeder Fallgruppe muss klar ersichtlich sein.

Grundsätzlich kann der Leistungsumfang einer Pauschale auf zwei verschiedene Wege festgelegt werden:

- Ansatz A: mittels Leistungsbeschreibung
- Ansatz B: mittels tarifierter Einheit.

Üblicherweise wurde in der Vergangenheit Ansatz A verfolgt – das gilt insb. für die meisten bisher vereinbarten Pauschalen für ambulant erbrachte Leistungen (inkl. der sog. «freiwilligen Pauschalen», die von santésuisse und der FMCH 2020 zur Genehmigung eingereicht wurden). In den jeweiligen Tarifverträgen wird für jede Pauschale beschrieben, welche Leistungen durch die Pauschale abgedeckt sind (Inklusiva) und welche Leistungen separat verrechnet werden (Exklusiva). In der Praxis führt dieser Ansatz immer wieder zu Interpretations- und Anwendungsschwierigkeiten mit erheblichem Aufwand sowohl für die Leistungserbringer als auch die Kostenträger.

Mit dem Patientenpauschaltarif für ambulante ärztliche Leistungen wird auch diesbezüglich ein entscheidender Paradigmenwechsel vollzogen. Der abrechenbare Patientenkontakt stellt die tarifierte Einheit dar. Der Leistungsumfang ergibt sich in der Folge automatisch und überlappungsfrei. Auch bei den stationären Tarifwerken wird der Leistungsumfang mittels einer tarifierten Einheit bestimmt. Der stationäre Fall, definiert durch die Zeit zwischen Eintritt und Austritt, stellt die tarifierte Einheit dar. In der Tarifversion 1.0 wird in Anhang B zum Tarifstrukturvertrag («Anwendungsmodalitäten») die tarifierte Einheit eindeutig festgelegt. Doppelverrechnungen sind damit nicht möglich.

Beim ambulanten Pauschalensystem handelt es sich um ein klassisches «selbstlernendes» Tarifsystem. Das System reagiert automatisch auf Verhaltensänderungen der Anwender. In Ihrem Beispiel würde sich dies wie folgt äussern:

- Annahme 1: Die Daten der Tarifversion 1.0 zeigen, dass für einen Beispieleingriff entsprechende Konsultationen am gleichen Tag durchgeführt werden.
- Annahme 2: Nach Einführung des ambulanten Pauschalensystems ändert sich das Verhalten der Anwender dahingehend, dass die entsprechende Konsultation zum Beispieleingriff nicht mehr am gleichen Tag durchgeführt werden.

Reaktion des Tarifsystems: Diese Verhaltensänderung schlägt sich in den Kostendaten (nach REKOLE) nieder, indem sich die Kosten für den Beispieleingriff um die Kosten für die entsprechende Konsultation reduziert. Diese Kostendaten fliessen direkt in die Bewertung der Folgeversionen ein. Die Bewertung des Beispieleingriffs in den Folgeversionen liegt somit tiefer als in der Tarifversion 1.0.

In der Einführungsphase wird allerdings noch vorgängig über das Kostenneutralitätskonzept sichergestellt, dass keine Mehrkosten durch den Tarifstrukturwechsel entstehen werden. H+ und santésuisse haben für die Tarifversion 1.0 ein ganzheitliches Monitoringkonzept für die komplexe Situation mit zwei Tarifstrukturen vom unabhängigen Beratungsbüro BSS entwickeln lassen.

c) Beizug von medizinischem Fachwissen

Die vom Patientenpauschaltarif betroffenen Dachverbände der Leistungserbringer müssen ihre Unterstützung ausreichend dokumentieren.

Mit Vereinbarung vom November 2022 haben die Tarifpartner inkl. FMH die Tarifwerke (TARDOC-Tarifstruktur, Patientenpauschaltarifstruktur) gegenseitig anerkannt und festgehalten, dass sich alle Tarifpartner an der Einreichung zur Genehmigung beteiligen. Die Delegiertenversammlung der FMH hat am 31. Oktober 2023 erneut die Anerkennung des Patientenpauschaltarifs bekräftigt.

Um das medizinische Fachwissen der Leistungserbringer in die Weiterentwicklung der Fallgruppen einfließen zu lassen, hat die solutions tarifaires suisses AG anfangs Februar bis Ende März 2023 einen Konsultationsprozess zur Tarifversion 0.3 durchgeführt. Dieser Konsultationsprozess stand allen Tarifpartnern und ihren Mitgliedern offen. Sämtliche Rückmeldungen wurden von der solutions tarifaires suisses AG im Rahmen der Entwicklung der Tarifversion 1.0 analysiert und berücksichtigt, wo damit eine Verbesserung des Systems erzielt werden konnte.

Auf Wunsch und unter dem Lead der Ärzteschaft wurde das ambulante Pauschalensystem zudem um sogenannte qualitative Dignitäten ergänzt (siehe Dachschreiben der OAAT AG vom 1. Dezember 2023, Beilage *Vereinbarung zu den übergeordneten Konzepten*). Dies ermöglicht es, das TARDOC Dignitätskonzept bei gleichzeitiger Einführung der beiden Tarifstrukturen auch auf das Pauschalensystem anzuwenden. Dies, obwohl die im Dignitätskonzept formulierten Anliegen grundsätzlich nicht im Verantwortungsbereich einer Tarifstruktur liegen.

d) Höhe der Relativgewichte

Anforderung: Dem Gebot der Wirtschaftlichkeit sowie einer kostenneutralen Einführung der Tarifstruktur ist Rechnung zu tragen.

Ohne Kenntnis des Basispreises sind bei Tarifen mit einem Tarifkatalog, der die tarifizierte Einheit (z.B. stationärer Fall bei SwissDRG, Patientenkontakt beim Patientenpauschaltarif) mit Relativgewichten bewertet, keine Aussagen zur Wirtschaftlichkeit möglich. Die Wirtschaftlichkeit lässt sich bei diesen Tarifen erst im Zusammenspiel von Struktur (Kostengewichte) und Preis (Basispreise) beurteilen.

Für die Einführungsphase haben H+ und santésuisse im Rahmen des Tarifstrukturvertrags ein Konzept zur Bestimmung ertragsneutraler Basispreise vereinbart (siehe Anhang E zum Tarifstrukturvertrag für die Tarifversion 1.0). Die konkreten Startpreise sind derzeit noch nicht bekannt.

Die Berechnung der Kostengewichte basiert auf einer umfassenden Basis von realen Kostendaten, die der offiziell anerkannten Methodik REKOLE folgt. Nachfolgendes Beispiel zeigt, dass die Kombination aus Relativgewichten, die auf Basis von realen Kostendaten berechnet wurden, und einem ertragsneutralen Basispreis dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entspricht. Mit dem Basispreis gemäss Kostenschätzung liegt der geschätzte Erlös für eine Kataraktoperation (inkl. Implantat) auf Höhe der vom Bundesrat in Vergangenheit genehmigten Preise:

Kostengewicht der Fallgruppe C02.15C * Basispreis auf Basis Kostenfolgeschätzung = Erlös

$$4.584 * 379 \text{ CHF} = 1'742 \text{ CHF}$$

e) Kostenhomogenität

Anforderung: Die Zweckmässigkeit einer Pauschale muss einen angemessenen Kostenhomogenitätsfaktor aufweisen.

Aus der deutschen DRG-Literatur ist zu entnehmen, dass der Homogenitätskoeffizient «nicht deutlich unter 50% sinken sollte» (vgl. InEK 2002, S. 65)¹, resp. ein Homogenitätskoeffizient von 50 – 59.9% als «befriedigend – ausreichend» anzusehen ist (vgl. Eisenmenger 2021, S. 30)². Gemäss Ziffer 6.2 des Berichts zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs (Tarifversion 1.0) weisen 37 Fallgruppen einen Homogenitätskoeffizienten zwischen 0.5 – 0.6 und 8 Fallgruppen einen Homogenitätskoeffizient unter 0.5 aus. Dabei handelt es sich um volumenschwache Fallgruppen: lediglich 1% des Volumens entfällt somit auf eine der Fallgruppen mit einem «unbefriedigenden» Homogenitätskoeffizient < 0.5.

Ein Vergleich mit etablierten Tarifsyste men (SwissDRG) zeigt, dass die Systemgüte für eine Einführungs version gut ist. Abbildung 1 zeigt auf, dass SwissDRG auch in der Version 11.0 Pauschalen mit einem Homogenitätskoeffizienten <0.5 aufweist.

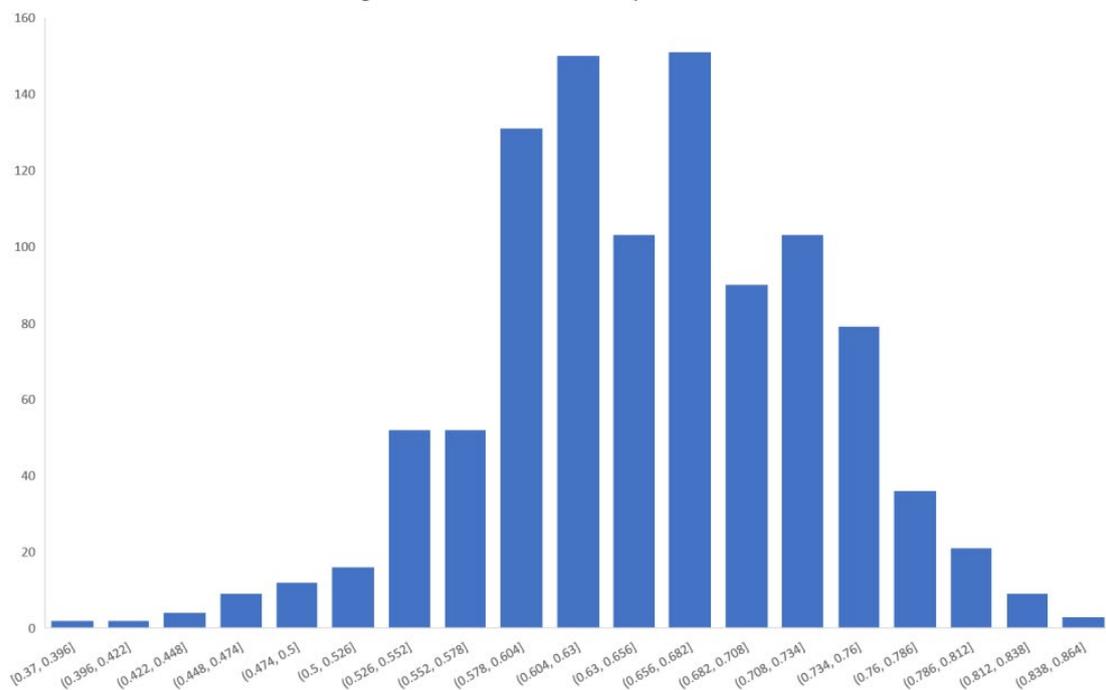


Abbildung 1: Verteilung Homogenitätskoeffizienten im DRG-System - Version 11.0

f) Anästhesie

Anforderung: Es ist zu begründen, wieso die Anästhesie – differenziert nach den verschiedenen Formen der Anästhesie - nicht in separaten Pauschalen abgebildet wird.

Im ambulanten Pauschalensystem wird ein möglichst hoher Pauschalierungsgrad angestrebt. Die notwendige Kostendifferenzierung erfolgt über die Einteilung in unterschiedliche Fallgruppen. Die Unterscheidung mit Anästhesie durch Anästhesisten wurde in der Version 1.0 in jeder Fallgruppe geprüft, aber entsprechend

¹ InEK (2002): Kalkulation der ersten deutschen Bewertungsrelationen für das G-DRG System. Siegburg: InEK.

² Eisenmenger, Nicole (2021): Das aG-DRG System – komplex, logisch... und fair?“. Huerth: Reimbursement Institute.

dem methodischen Ansatz nur in denjenigen Fallgruppen umgesetzt, in welchen eine darauf zurückzuführende Kostendifferenz aufgezeigt werden konnte.

Bei den Pauschalen von FMCH und santésuisse wurde der umgekehrte Ansatz verfolgt: die Vertreter der Fachgesellschaften definierten die unterschiedlichen Eingriffe/Pauschalen. Anschliessend wurden im Modell normativ die Parameter definiert und mit vereinzelt Leistungserbringern plausibilisiert. Es liegt in der Natur eines solchen Ansatzes, der massgeblich von der Ärzteschaft getrieben war, dass jede Fachgesellschaft den Anspruch auf eigene/separate Pauschalen stellt und die Ausdifferenzierung der Nomenklatur eher hoch ist.

Es liegt ebenfalls in der Natur des Ansatzes, dass ein vorgängig festgelegter, hoher Ausdifferenzierungsgrad der Nomenklatur über die nachträgliche normative Definition der Modellparameter quantitativ oft begründet werden kann. Dies ist i.d.R. darauf zurückzuführen, dass die normativ definierten Modellparameter eben genau nicht umfassend statistisch erhoben werden und damit auch nicht der in der Realität üblichen Streuung unterliegen. Dem von einem normativen Modell scheinbar quantitativ bestätigte Bedarf nach einer Nomenklatur mit hohem Ausdifferenzierungsgrad ist daher immer mit Vorsicht zu begegnen.

g) Abbildung von neuen Leistungen gemäss Anhang 1 KLV

Anforderung: Der Katalog der ambulanten Fallgruppen muss auch Leistungen abbilden, die erst seit neuem in den Leistungskatalog gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung Anhang 1 aufgenommen worden sind.

Unter dem Dach der solutions tarifaires suisses AG haben H+ und santésuisse eine Roadmap zur Weiterentwicklung des Katalogs der ambulanten Fallgruppen erarbeitet (vgl. Ziff. 7.1 des Berichts zur Entwicklung der Tarifstruktur). Diese sieht vor, dass mit der Version 1.1 der Anwendungsbereich auf weitere in bisherigen Pauschaltarifen vereinbarte Leistungen (z.B. Reproduktionsmedizin) ausgeweitet wird. Allerdings bildet die Einführungsversion bereits gewisse Leistungen, die seit neuem im Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung aufgeführt wurden (z.B. UV Cross Linking). Damit wird verhindert, dass durch die Einführung des Patientenpauschaltarifs eine tarifarische Lücke entsteht.

h) Abbildung der Kindermedizin

Siehe Ausführungen unter Ziffer 5.5.

5.3 Zu Ziffer II.3: Fallgruppenbewertung, Falldefinition

d) Umsetzung Falldefinition

Anforderung: Es ist sicherzustellen, dass dem Patientenkontakt zugeordnete Leistungen (Analysen, Berichte und klinische Pathologie) tatsächlich fallbezogen und nicht separat verrechnet und vergütet werden.

Die Anwendungsmodalitäten des Patientenpauschaltarifs wurden mit Fokus auf Klarheit, Umsetzbarkeit und Überprüfbarkeit durch die Kostenträger entwickelt. Einerseits können die Leistungserbringer mit den in ihren Systemen hinterlegten Informationen die Rechnung automatisch und im Einklang mit den Anwendungsmodalitäten erstellen, andererseits erhalten die Versicherer zusammen mit der Rechnungsstellung alle Informationen, um die Korrektheit der Rechnungsstellung zu überprüfen.

Bereits heute ist das Auftragsdatum auf einer Rechnung mit Laboranalysen oder Pathologieleistungen ausgewiesen. Eine diesbezügliche Prüfung durch die Kostenträger ist entsprechend einfach umsetzbar. Die Abrechnung von Berichten ist aufgrund des Datums der Sprechstunde ebenfalls kontrollierbar. Eine Mengenausweitung oder gar Doppelabrechnung ist aufgrund dieser einfachen Kontrollmechanismen nicht möglich. Ziff. 6.2 der Schlussbemerkungen geht auf die in diesem Zusammenhang notwendige Änderung von Art. 59 KVV ein.

a) Auswirkung der verwendeten Datengrundlage auf die Berechnung der Kostengewichte

Anforderung: Die verwendete Datengrundlage darf zu keiner Verzerrung der Tarifstruktur führen.

Die solutions tarifaires suisses AG hat auf Basis der Fallzahlen pro Spitalkategorie und Fallgruppe die durchschnittlichen Fallkosten pro Fallgruppe simuliert, wie sie sich unter Verwendung der unterschiedlichen Datengrundlagen (sample und Grundgesamtheit) ergeben würden. Mit den Daten in der Stichprobe wurden ein Mittelwert pro Fallgruppe für die vier Spitalkategorien (Universitätsspital, Zentrumsversorger, Grundversorger, Spezialversorger) gebildet. Mit dem spitalkategorisch spezifischen Mittelwert und den Anteilen pro Spitalkategorie wurde anschliessend ein gewichteter Mittelwert pro Fallgruppe gebildet. Allfällige Unterschiede in den auf diese Weise ermittelten durchschnittlichen Kosten pro Fallgruppe lassen sich auf die

Repräsentativität der einzelnen Spitalkategorien zurückführen. Seite 3 in Beilage 22 gibt ein illustratives Beispiel wieder.

Bedingt durch diesen Ansatz und die vorhandene Datengrundlagen konnte die Analyse nicht für alle Fallgruppen und nicht auf Basis aller Kombinationen von Spitalkategorie und Fallgruppen durchgeführt werden. Von der Analyse ausgeschlossen wurden drei unbewertete Fallgruppen und dreissig Fallgruppen, die nicht mittels durchschnittlicher Kosten, sondern mittels Medians bewertet wurden. Um ein Mindestmass an Robustheit der berechneten Durchschnittswerte zu gewährleisten, flossen in die Berechnung der durchschnittlichen Kosten einer Fallgruppe zudem nur Spitalkategorien mit mindestens 5 Fällen ein.

Die in Beilage 22 dargestellten Auswertungen zeigen, dass keine grundsätzliche oder systematische Verzerrung vorliegt. Die Mehrheit der Fallgruppen weisen eine kleine prozentuale Abweichung (<10%) auf (Auswertung 1). Zudem kann aufgezeigt werden, dass die Abweichungen nicht von der Höhe der durchschnittlichen Kosten abhängen (Auswertung 2). Wie zu erwarten sind die Abweichungen bei Fallgruppen mit kleiner Fallzahl höher als bei Fallgruppen mit hoher Fallzahl (Auswertung 3). Allerdings gilt es bei der Interpretation der Analysen zu berücksichtigen, dass die Bildung der Mittelwerte, welche für die Kostengewichte im Katalog der ambulanten Fallgruppen verwendet wurde, auf mindestens 15 Fälle abstellt. Für die vorliegende Simulation wurden hingegen Mittelwerte auf Basis von mindestens 5 Fällen gebildet. Dies führt zu einer geringeren Robustheit der Mittelwerte. Deshalb lehnen es die Tarifpartner ab, die Kostengewichte auf Basis der Anteile pro Spitalkategorie in der Grundgesamtheit zu adjustieren. Diese adjustierten Kostengewichte müssten zusätzlich einer Normierung unterzogen werden, damit das durchschnittliche Kostengewicht eins betragen würde. Ein derartiger Katalog mit adjustierten Kostengewichten würde die einzelnen Leistungen geringfügig anders bewerten, hätte aber insgesamt keinen Einfluss auf den Gesamterlös aus dem Patientenpauschaltarif, denn die Tarifpartner haben für die Einführungsphase erlösneutrale Startpreise vereinbart. Die adjustierten Kostengewichte hätten zwar andere Startpreise zur Folge, aber auch diese Variante des Patientenpauschaltarifs würde ertragsneutral eingeführt.

b) Bewertung der Fallgruppen mittels Mittelwerte und Median

Anforderung: Die verwendete Grösse zur Bewertung der Fallgruppe darf zu keiner Verzerrung der Tarifstruktur führen.

In Ziffer 6.1 des Berichts zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs (Tarifversion 1.0) sind die Anzahl Patientenkontakte und der Casemix in Verbindung mit Fallgruppen, die mit dem Median bewertet wurden, dargestellt. Aus der Darstellung geht hervor, dass es sich um einen verschwindend kleinen Anteil handelt (<0.1%). Vor diesem Hintergrund erkennen die Tarifpartner keine Gefahr der Verzerrung. Zudem würde der Ausschluss dieser Fallgruppen aus dem Katalog der ambulanten Fallgruppen das Prinzip verletzen, dass sich der Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs aus klar voneinander abgrenzbaren und in sich geschlossenen Leistungsbereichen zusammensetzt.

c) Streuung der Kosten und Kostenhomogenitätsfaktor

Anforderung: Die Zweckmässigkeit der Tarifstruktur muss auch bei Fallgruppen mit einem tiefen Kostenhomogenitätsfaktor sichergestellt sein.

In Bezug auf die Systemgüte und den Kostenhomogenitätskoeffizient scheint uns der Hinweis auf die ausführliche Literatur zu diesem Thema wichtig. Wie bereits oben erwähnt, ist aus der deutschen DRG-Literatur zu entnehmen, dass der Homogenitätskoeffizient «nicht deutlich unter 50% sinken sollte» (vgl. InEK 2002, S. 65)³, resp. ein Homogenitätskoeffizient von 50 – 59.9% als «befriedigend – ausreichend» anzusehen ist (vgl. Eisenmenger 2021, S. 30)⁴. Gemäss Ziffer 6.2 des Berichts zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs (Tarifversion 1.0) weisen 37 Fallgruppen einen Homogenitätskoeffizient zwischen 0.5 – 0.6 und 8 Fallgruppen einen Homogenitätskoeffizient unter 0.5 aus. Dabei handelt es sich um volumenschwache Fallgruppen: lediglich 1% des Volumens entfällt auf eine der Fallgruppen mit einem «unbefriedigenden» Homogenitätskoeffizient < 0.5.

Es liegt in der Natur eines Pauschaltarifs, dass der Homogenitätsfaktor schwankt und insbesondere fallzahlschwache Fallgruppen einen tiefen Homogenitätsfaktor aufweisen. Allerdings würde es dem Gebot der

³ InEK (2002): Kalkulation der ersten deutschen Bewertungsrelationen für das G-DRG System. Siegburg: InEK.

⁴ Eisenmenger, Nicole (2021): Das aG-DRG System – komplex, logisch... und fair?“. Huerth: Reimbursement Institute.

medizinischen Homogenität zuwiderlaufen und es würde zu einem Konflikt mit dem Anspruch auf Transparenz und Verständlichkeit führen, wenn medizinisch inhomogene Fallgruppen zusammengelegt werden, einzig mit dem Ziel, den Homogenitätsfaktor zu erhöhen und die Anzahl inhomogener Fallgruppen zu verringern.

Ein Vergleich mit etablierten Tarifsystemen (SwissDRG) zeigt, dass die Systemgüte für eine Einführungsversion gut ist. Abbildung 1 (siehe oben) zeigt auf, dass SwissDRG auch in der Version 11.0 noch Pauschalen mit einem Homogenitätskoeffizienten <0.5 aufweist.

Weiter scheint uns der Hinweis wichtig, dass gemäss Art. 47a Abs. 5 KVG ab Einführung des ambulanten Pauschalensystems alle Spitäler dazu verpflichtet sind, ihre Daten zu liefern. Die nachfolgenden Tarifversionen werden somit automatisch auf einer breiteren Datengrundlage basieren.

5.4 Zu Ziffer II.4: Beurteilung der Kostenfolgen und Konzepte für Kostenneutralität und Monitoring

a) Beurteilung der Kostenfolgen

Anforderung: Die Überführung der bisherigen Erlösbestandteile für ärztliche und nicht ärztliche Leistungen in den Patientenpauschaltarif sind nachvollziehbar darzustellen

Auf Basis der verwendeten Fälle mit einem Patientenkontakt (Beilage 31, Datensatz A) wurde eine Analyse der Erlösbestandteile vorgenommen. Ausgangspunkt bildeten die übermittelten Rechnungszeilen der Patientenkontakte im Datensatz medical. Jede Rechnungszeile wurde einer der folgenden Erlöskategorie zugeordnet:

Tarif gemäss Forum Datenaustausch	Tarifziffern	Erlöskategorie
001	Alle	TARMED
003	Alle	sonstige
317	Alle	Labor
400, 402	Alle	Medikamente
452	Alle	Material
940	40xxx	Medikamente
940	41xxx	Material
alle anderen		sonstige

Tabelle 3 Erlöskategorien

Für Fallgruppen mit mindestens 15 Fällen wurde im Anschluss der durchschnittliche Erlös pro Erlöskategorie gebildet. Die Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Fallgruppe fasst Beilage 28 zusammen. Aggregiert über den ganzen verwendeten Datensatz lassen sich die Anteile der Erlösbestandteile wie folgt darstellen:

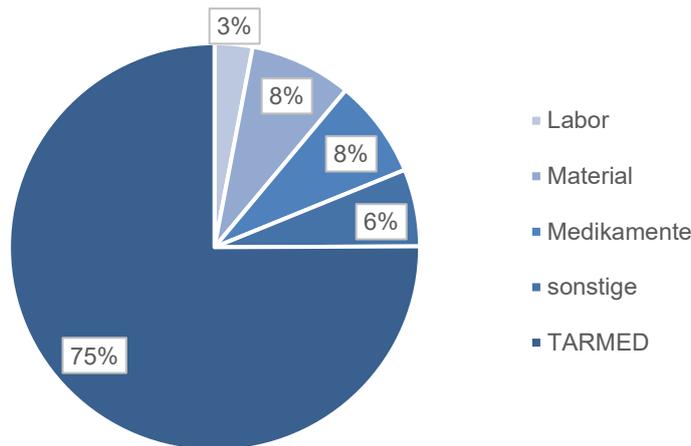


Abbildung 2 Anteile Erlös-komponente im Kalkulationsdatensatz

b) Konzepte für Kostenneutralität und Monitoring

Anforderung: Für die Sicherstellung der Vorgaben nach Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c KVV beinhaltet das Monitoring Ziel- und Korrekturgrößen. Das Monitoring umfasst die Struktur – und Preiskomponente des neuen Tarifs. Bei Abweichungen ist ein von den Tarifpartnern vereinbarter Korrekturprozess aufzustellen.

Mit der Einführungsversion 1.0 des Patientenpauschaltarifs haben H+ und santésuisse ein ganzheitliches Monitoringkonzept für die Situation mit zwei neuen Tarifstrukturen (Anhang F des Tarifstrukturvertrags) und Konzept zur Sicherstellung der Kostenneutralität (Anhang G des Tarifstrukturvertrags) vereinbart (vgl. Ausführungen unter Ziffer 4.2). Die Tarifpartner sind überzeugt, damit einerseits die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen und Mehrkosten im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Tarifwerks konsequent zu verhindern und andererseits die Qualität des Monitorings auf ein neues und bislang nicht erreichtes Niveau zu heben. Das Monitoring wird es erlauben, über die Einführungsphase hinaus, wertvolle Informationen über den ambulant ärztlichen Bereich zu liefern. H+ und santésuisse haben das Konzept durch das unabhängige Beratungsbüro BSS entwickeln lassen.

5.5 Ziffer II.5: Kindermedizin

a) Stellungnahme der Kinder- und Jugendspitäler

Anforderung: Die Kinder- und Jugendmedizin ist angemessen abzubilden, von den Vertretern der Kinder- und Jugendspitäler sind Stellungnahmen einzuholen und auszuweisen.

AllKids als Vertreterin der Kinder- und Jugendspitäler wurde Ende November eingeladen, sich zur Einführungsversion des Patientenpauschaltarifs zu äussern. Sobald die Stellungnahme vorliegt, wird die solutions tarifaires suisses AG diese dem Bundesamt für Gesundheit weiterleiten. Das Beilagenverzeichnis enthält einen entsprechenden Platzhalter.

b) Sachgerechte Abbildung der Kindermedizin

Anforderung: Es ist aufzuzeigen, dass die Kindermedizin sachgerecht abgebildet ist, auch wenn nur in wenigen Basisfallgruppen ein Alterssplit vorgenommen wurde.

Der Hinweis scheint uns wichtig, dass die Kindermedizin vielfach nicht über einen expliziten Alterssplit, sondern implizit über die Anästhesieform berücksichtigt wird. Der Grund dafür ist, dass Kinder und Patienten mit Beeinträchtigungen oder bspw. Angstzuständen sehr ähnliche Kostenstrukturen aufweisen. In solchen Konstellationen führt die Anästhesie oft zu einer besseren Homogenität als ein strikter und expliziter Alterssplit. Es wäre somit falsch, anhand der Bezeichnung einer Pauschale den Berücksichtigungsgrad der Kindermedizin abzuleiten. Als Anschauungsbeispiel für eine implizite Altersdifferenzierung soll in der Tarifversion 1.0 die Zirkumzision mit den beiden Pauschalen C12.03A (mit Anästhesie durch Anästhesisten/in) und C12.03B dienen. Der Median in der Altersverteilung der Pauschale C12.03A beträgt 12 Jahre. Derjenige

der Pauschale C12.03B beträgt 58 Jahre. Hinweis: Die Kennzahlen zu jeder Pauschale sind im Datenspiegel auf der Homepage der solutions tarifaires suisses AG transparent ausgewiesen.

Die Auswertung zum Finanzierungsgrad ist im Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur ausgewiesen (vgl. Ziff. 6.7). Für das Patientenkollektiv der Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre liegt der Finanzierungsgrad bei 100%. Bereits die Einführungsversion des Patientenpauschaltarifs vermag somit die Kindermedizin sachgerecht abzubilden.

In Zusammenhang mit der Abbildung der Kindermedizin ist die Auswertung der Finanzierungswirkung in Erinnerung zu rufen. Die Analysen zeigen, dass der hypothetische Erlös aus dem Patientenpauschaltarif für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren im Vergleich zum aktuellen Tarif merklich höher ausfällt (vgl. Ausführungen unter Ziff. 4.1.2).

Die Abbildung der Kindermedizin lässt sich auch durch einen Vergleich der durchschnittlichen Kosten zwischen Erwachsenen einerseits und Kinder- und Jugendlichen unter 18 Jahre andererseits auf Ebene der einzelnen Fallgruppen beurteilen. Für die Darstellung der Ergebnisse dieses Vergleichs wurden folgende Kategorien gebildet:

- In der Auswertung separat behandelt werden Fallgruppen, bei denen auf Grund einer tiefen Fallzahl in einer Alterskategorie keine durchschnittlichen Kosten für diese Alterskategorie gebildet werden können, respektive der berechnete Mittelwert nicht aussagekräftig wäre. Für vorliegende Auswertung wurde die Schwelle bei zehn 10 Fälle in einer Alterskategorie angesetzt (Kategorie C).
- Für die Abbildung der Kindermedizin unproblematisch sind Fallgruppen, die entweder keine Kinder oder Jugendliche unter 18 Jahre aufweisen (Kategorie A), Fallgruppen, deren Kostengewicht vornehmlich durch die Kosten der jungen Patienten geprägt wird (Kategorie B) sowie Fallgruppen, in denen die durchschnittlichen Kosten der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahre unter den durchschnittlichen Kosten der Erwachsenen liegen (Kategorie D).
- Die Kategorie E enthält Fallgruppen, bei denen die durchschnittlichen Kosten der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren über den durchschnittlichen Kosten der Erwachsenen liegen. Es handelt sich hierbei um 64 Fallgruppen, bei denen die Abbildung der Kindermedizin Auffälligkeiten aufweist. Einschränkend gilt es aber zu bemerken, dass bei 41 dieser 64 Fallgruppen die Kosten der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren höchstens 25% über den Kosten der Erwachsenen liegt. Bei 13 Fallgruppen liegen die Kosten der jungen Patienten zwischen 25% und 50% und bei 10 Fallgruppen über 50% über den durchschnittlichen Kosten der Erwachsenen.

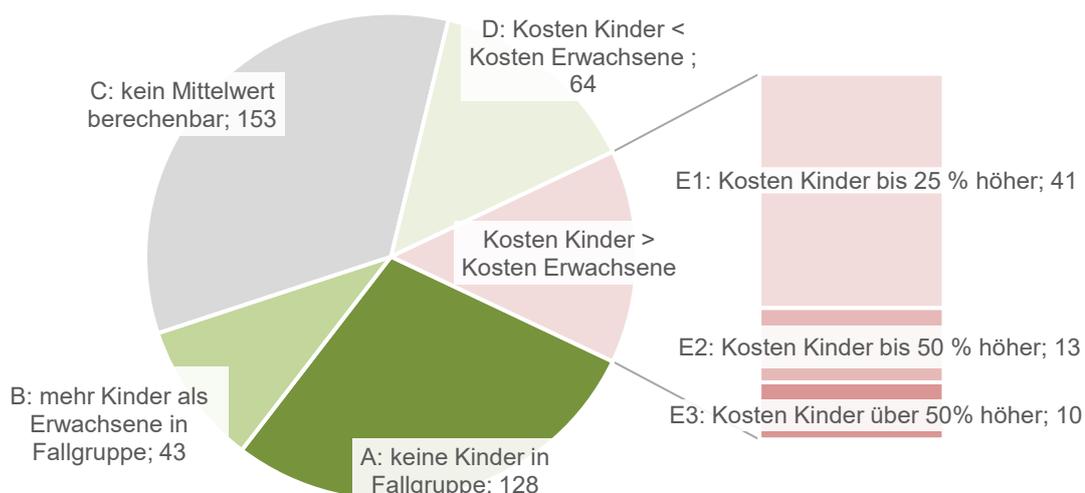


Abbildung 3 Kategorien der Fallgruppen

Ausgehend von der vorgenommenen Kategorisierung der Fallgruppen (A – E) wurden die Anzahl Fälle von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ausgewertet. Diese Auswertung bestätigt das bisherige Bild: Nur rund 5% der Fälle in der Kindermedizin gruppieren in Fallgruppen (E2 und E3), bei denen die durchschnittlichen Kosten der Kinder und Jugendlichen unter 18 merklich über den durchschnittlichen Kosten der Erwachsenen liegen und somit aus der Optik «Abbildung der Kindermedizin» als problematisch zu bezeichnen sind. Gleichzeitig gilt es aber festzuhalten, dass der überwiegende Anteil Fälle aus der Optik «Abbildung der Kindermedizin» unproblematisch ist (Kategorien B und D).

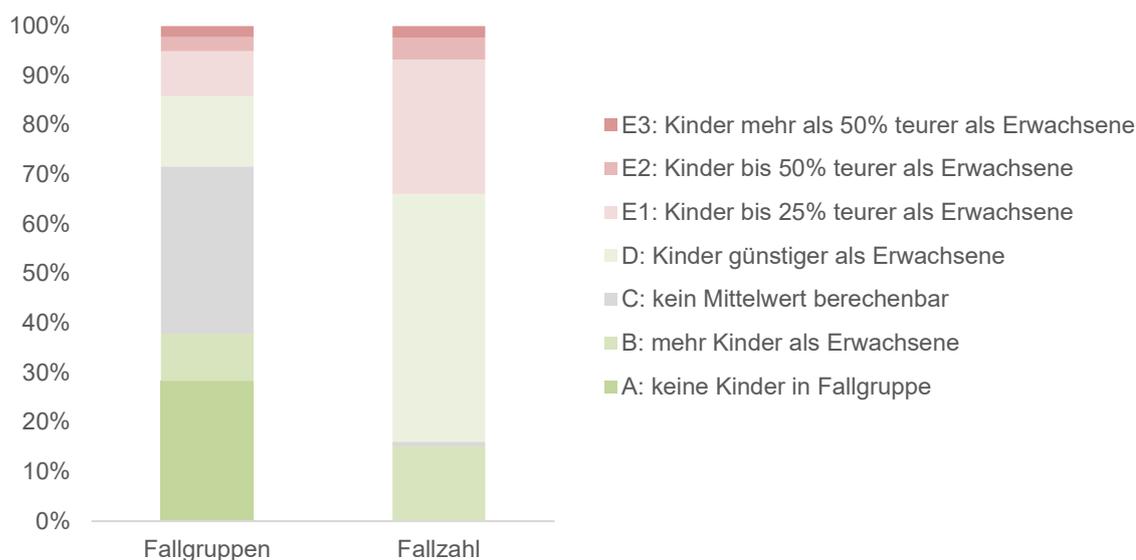


Abbildung 4 Betrachtung nach Fallgruppe vs. Betrachtung nach Fallzahl

6 Schlussbemerkungen

6.1 Ausschluss vom Öffentlichkeitsrecht

Mit Bezug auf die in diesem Antrag zur Genehmigung beigelegten Berechnungsgrundlagen (Beilage 31 und Beilage 32) bitten wir um eine schriftliche Bestätigung, dass sämtliche Berechnungsgrundlagen der Tarifstruktur vom Anwendungsbereich des Bundesgesetzes über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung vom 17. Dezember 2004 mit Stand am 19. August 2014 (Öffentlichkeitsgesetz, BGÖ, SR 152.3), in der Eigenschaft als Geschäfts- oder Fabrikationsgeheimnis nach Art. 7 Abs. 1 lit. g, ausgeschlossen werden und damit unter keinen Umständen der Öffentlichkeit oder einzelnen Dritten ganz oder auszugsweise in irgendeiner Form zugänglich gemacht oder herausgegeben werden. Eine entsprechende Bestätigung ist auch durch den Preisüberwacher abzugeben.

6.2 Vernehmlassung KVV Änderung

Die Tarifpartner begrüßen den Entscheid des Bundesrates vom 18. Oktober 2023, eine Vernehmlassung zur Änderung von Art. 59 Abs. 3 KVV durchzuführen. Eine Anpassung zur Rechnungsstellung von Laborleistungen ist die Voraussetzung, damit der Pauschalierungsgrad, wie in die Einführungsversion der Patientenpauschaltarifstruktur vorsieht, umgesetzt werden kann. Die Tarifpartner werden sich im Rahmen des Vernehmlassungsprozesses zu den technischen Aspekten dieser Verordnungsänderung äussern.

6.3 Zeitpunkt der Inkraftsetzung

Für die Einführung des kohärenten Tarifsystems ist genügend Zeit vorzusehen. Krankenversicherer und insbesondere die Leistungserbringer sind stark gefordert, ihre Systeme und Prozesse an die neuen Gegebenheiten anzupassen. Unter dem Dach der solutions tarifaires suisses AG wurden die Umsetzungsarbei-

ten bereits im Jahr 2023 angestossen, so beispielsweise der Einbezug der Systemhersteller und die Entwicklung eines Abrechnungsgroupers. Trotz aller Vorarbeiten kann nicht vermieden werden, dass die Anwender teure, komplexe und insbesondere auch irreversible Umsetzungsarbeiten erst nach Vorliegen des Genehmigungsentscheidens an die Hand nehmen. Die Tarifpartner teilen die Ansicht, dass für eine reibungslose Umsetzung mindestens zwölf Monate nach dem Genehmigungsentscheid notwendig sind.

6.4 Zustellung der Anhänge und Beilagen

Dieses Genehmigungsschreiben wird dem Bundesrat durch die OAAT AG zugestellt. Die solutions tarifaires suisses AG übermittelt im Auftrag von H+ und santésuisse die Anhänge und Beilagen des Gesuchs auf elektronischem Weg (ftp-Server santésuisse) dem Bundesamt für Gesundheit, das für die Prüfung und Beurteilung des Genehmigungsgesuchs zuständig ist.

Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung und stellen weitere, ergänzende von Ihnen gewünschte Unterlagen gerne zur Verfügung. Wir bitten Sie, sich diesfalls an Frau Anne-Geneviève Bütikofer von H+ und Frau Verena Nold von santésuisse zu wenden:

santésuisse

Verena Nold
Direktorin
Römerstrasse 20
4502 Solothurn
+41 32 625 41 41
verena.nold@santesuisse.ch

H+

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin
Lorrainestrasse 4 A
3013 Bern
+41 31 335 11 11
anne.buetikofer@hplus.ch

Freundliche Grüsse

Bern, 29. November 2023

H+ Die Spitäler der Schweiz

Dr. Regine Sauter
Präsidentin

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin

Solothurn, 29. November 2023

santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer

Martin Landolt
Präsident

Verena Nold
Direktorin

I. Anhang 1

Tarifstrukturvertrag inkl. Anhänge A bis G

II. Anhang 2

Definitionshandbuch nach *chop*

III. Beilagen A:

01_Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur

10_Triggerpositionen nach *tarifziffer*

11_Triggerpositionen nach *chop*

12_Übersicht Sparten

13_Definitionshandbuch nach *tarifziffer*

14_Tarifkatalog TARMED bereinigt

15_Datenlieferungsvertrag

16_Datenerhebungsformat

20_Kostenfolgeschätzung

21_Auswertungen Finanzierungswirkung

22_Auswertungen Datenrepräsentativität

23_Konzept Datenerhebung Praxisbereich

24_-- PLATZHALTER--_Stellungnahme Kinder- und Jugendspitäler

25_-- PLATZHALTER--_Bestätigung Patientenorganisationen

26_Monitoring: Detailkonzept

27_Monitoring: Pilotierung

28_Erlösbestandteile

IV. Beilagen B:

30_Übersicht Datensätze

31_Datensatz sample

32_Datensatz Grundgesamtheit

Kopie mit allen Anhängen und allen Beilagen an:

- Bundesamt für Gesundheit (BAG), 3097 Liebefeld

Kopie mit allen Anhängen und Beilagen ausser Beilage 31 und Beilage 32 an:

- Organisation ambulante Arzttarife (OAAT AG), 3011 Bern
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), 3000 Bern
- curafutura, 3011 Bern
- Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), 6002 Luzern

Kopie ohne Anhänge und ohne Beilagen

- Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), 3001 Bern