

# Revision der Kostenmodelle und des SUK-Satzes

## TARDOC-Entwicklungskonzept zuhanden des Bundesrats

---

Dieses Revisionskonzept greift zwei wesentliche Kritikpunkte des Bundesrats auf, welche die Kostenmodelle für die Infrastruktur- und Personalkosten (IPL) betreffen. Es sind dies einerseits die **Spartenbetriebsdauern im KOREG-Kostenmodell** sowie die **Sach- und Umlagekosten (SUK)**, die eine wesentliche Kostenkomponente im INFRA-Kostenmodell darstellen. Die beiden Themen werden im Folgenden separat abgehandelt.

## Spartenbetriebszeiten im KOREG-Modell

### 1 Hintergrund

#### 1.1 Situation im TARDOC 1.3.1

Für die Sparten, welche mit dem KOREG-Modell berechnet werden, wird die Betriebsdauer empirisch aus den Abrechnungsdaten hergeleitet. Dazu verfügt NewIndex über eine aussagekräftige Basis der ambulant abgerechneten Leistungen. Für die Leistungsstruktur ambulant wurden Daten aus den Jahren 2017-2019 verwendet. Die Betriebsdauer der Sparten lässt sich einfach herleiten: Alle abgerechneten TARMED-Leistungen werden der Sparte zugeordnet, in der sie tarifiert sind. Jede Leistung verfügt über eine Minutage für die Ärztliche Leistung AL sowie die Infrastruktur- und Personalleistung IPL. Für die Herleitung der empirischen Spartenbetriebsdauer wird nur die IPL berücksichtigt.

Die Jahressumme der Minutagen  $t_j$  aller Leistungen einer Sparte  $j$  dividiert durch die Anzahl Sparten  $n_j$  bei den Leistungserbringern ergibt die mittlere Betriebsdauer der Sparte  $d_j$ . Dabei ist zu beachten, dass Belegärzte durchaus die AL verrechnen, jedoch nicht die IPL einer Leistung; es ist also vorgängig ein Test auf  $IPL > 0$  zu machen; ansonsten ist die Dauer der Position nicht zu werten.

$$d_j = \frac{t_j}{n_j} = \frac{\sum_{i=1}^m t_{ij}}{\sum_{i=1}^m n_{ij}}$$

$i$  beschreibt dabei den Index der insgesamt  $m$  Arztpraxen. Um die Anzahl «vollwertiger» Leistungserbringer zu ermitteln, wurden von NewIndex zwei Varianten entwickelt; dabei werden die Beobachtungen an den unteren und oberen Enden der Verteilung getrimmt. Es sind dies (a)  $Q_{0.25}$  und  $Q_{0.75}$  sowie (b)  $Q_{0.10}$  und  $Q_{0.90}$ . Da allerdings beide Verfahren nahezu identische Resultate liefern und die Variante (b) deutlich mehr Ärzte umfasst, wurde aus Gründen der Repräsentativität dieser Ansatz weiterverfolgt.

Im Unterschied zum KOREG-Modell, welches weitgehend auf effektiven Abrechnungsdaten basiert, werden im INFRA-Modell die Spartenbetriebsdauern normativ festgelegt. Sie betragen in der Regel neun Stunden. Höhere Betriebsdauern haben bspw. CT und MRI. Bei diesen wurde eine normative tägliche Betriebsdauer von 12 Stunden angenommen.

Die teilweise tiefe Auslastung der KOREG-Sparten ist das Ergebnis einer fehlenden Teilbarkeit der Infrastruktur; auch wenn ein Hausarzt im Durchschnitt nur drei Mal täglich ein Röntgenbild anfertigt, bedingt dies dennoch die Anschaffung der gesamten Infrastruktur und den damit einhergehenden

Fixkosten. Mit der im Tarif hinterlegten Auslastung und dem resultierenden Kostensatz wird somit direkt eine betriebswirtschaftlich minimale Betriebsgrösse unterstellt. Bei einer Senkung des Kostensatzes würde das Praxisröntgen für viele Ärzte defizitär, was dem politischen Ziel einer Förderung der Grundversorgung diametral entgegenstünde.

Die teilweise tiefe, reale Auslastung der KOREG-Sparten führt dazu, dass vergleichbare technische Leistungen im KOREG-Modell höher bewertet sind als im INFRA-Modell. Dies betrifft bspw. die Sparten «Echokardiografie», «Röntgenraum I» sowie «Ultraschall gross». Die Differenz der Ergebnisse ist einerseits auf die vergleichsweise tiefe Auslastung dieser Sparten in der freien Praxis zurückzuführen, andererseits sind die beiden Kostenmodelle bezüglich Datengrundlage nicht direkt vergleichbar. Eine weitere Schwierigkeit im Vergleich der Spartenberechnung mit den zwei Modellen besteht darin, dass jene Sparten, welche über das KOREG gerechnet wurden, im INFRA-Modell nicht systematisch aktualisiert bzw. plausibilisiert worden sind und daher ein direkter Vergleich der Kostensätze hinkt.

Die Tarifpartner sind sich einig, dass die Tarifstruktur dafür mitverantwortlich ist, dass eine **ausreichende Grundversorgung** in unserm Land gewährleistet wird. Der TARDOC hat bereits beim Thema Notfall-Vorhalteleistungen im Spital klar Stellung zum Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts bezogen und diese Leistung als tarifrelevant eingestuft.

Die Abstimmung vom 18. Mai 2014 zum Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung hat gezeigt, dass eine hohe gesellschaftliche Zahlungsbereitschaft für eine umfassende und qualitativ hochstehende Grundversorgung besteht. In Bezug auf das Praxisröntgen und ggf. andere diagnostische Verfahren, welche mehrheitlich in der Arztpraxis erfolgen, ist daher eine ähnliche Herangehensweise wie bei den Notfall-Vorhalteleistungen denkbar. Dies bedeutet, dass der finanzielle Mehraufwand für die Erstellung dieser Leistungen im praxisambulanten Sektor tariflich anerkannt wird. Obwohl es sich beim Röntgen nicht um Vorhalteleistungen im engeren Sinn handelt, führt die fehlende Teilbarkeit der Infrastruktur dazu, dass die medizinischen Grundversorger einen substanziell höheren Kostensatz benötigen, um überhaupt solche Leistungen anbieten zu können (vgl. Kapitel 1.1).

## 1.2 Ziele des Projekts

- In Bezug auf die Sparten «5003 Röntgenraum I» und «5002 Ultraschall gross» ist geklärt, wie der gesetzlichen Forderung bzgl. Wirtschaftlichkeit Rechnung getragen werden kann, ohne dass dabei dem verfassungsmässigen Auftrag einer ausreichenden, allen zugänglichen medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität entgegengewirkt wird.

## 1.3 Grundlagendokumente

*ats-tms AG (2021): «Kostenmodell KOREG», verabschiedet durch die GV ats-tms AG am 24. Juni 2019, angepasst am 12. November 2021 für TARDOC 1.3., Anhang 4 des Tarifierungshandbuchs.*

*ats-tms AG (2021): «Beibericht zur ersten Projektphase – 2019.PR.05 Kostenmodelle KOREG und INFRA»*

*Möller, K., Gautschi, N. und Geissler, A. (2021): «Wissenschaftliche Analyse der Kostenmodelle INFRA und KOREG im Rahmen des neuen Ärztetarifs TARDOC», Universität St. Gallen.*

## 2 Vorgehensvorschlag

### 2.1 Phase 1: Überprüfung der Sparten «Röntgenraum I» und «Ultraschall gross»

Die beiden Sparten «**Röntgenraum I**» und «**Ultraschall gross**» weisen die mit Abstand geringsten Auslastungen im KOREG-Modell auf. Gleichzeitig sind darin wichtige diagnostische Erstuntersuchungen tarifiert, die auch künftig im praxisambulanten Bereich möglich sein sollen (Diagnostik am Point-of-Care). Die Projektgruppe wird für diese beiden Sparten verschiedene Lösungsansätze erarbeiten, welche a) die Forderung nach mehr Wirtschaftlichkeit erfüllen und b) es weiterhin ermöglichen, Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen am **Point-of-Care** kostendeckend durchzuführen. Aus heutiger Sicht bestehen verschiedene Optionen, dies zu erreichen. Grundsätzlich führt eine Lösung aber immer dorthin, die Modellführerschaft bei diesen Sparten an das INFRA-Modell abzutreten.<sup>1</sup> Dies reduziert die ökonomische Rente im Spitalbereich. Hinzu kommen ausgleichsmassnahmen, um das Versorgungsziel sicherzustellen. Dabei kommt ein separater Point-of-Care-Tarif für den niedergelassenen Bereich infrage oder ein entsprechender Zuschlag für Praxisärzte. Die Projektorganisation wird ein hohes Gewicht auf die Frage legen, wie in der freien Praxis auch bei tiefer Auslastung eine qualitativ hochwertige Versorgung für die Patienten garantiert werden kann.

Die Geschäftsstelle prognostiziert anhand einer **Tarifsimulation** die Auswirkungen der Anpassungen für die beiden Sektoren (Praxis und Spitäler) und die einzelnen medizinischen Fachbereiche. Die Projektorganisation wird die Simulationsergebnisse diskutieren und daraufhin eine Empfehlung zuhanden des Verwaltungsrats formulieren. Der Verwaltungsrat entscheidet abschliessend über die Umsetzung der Änderungsvorschläge.

Die **Frage der Modellführerschaft** wird in diesem Projekt nicht behandelt. Aufgrund der Dynamik bei der Volumenentwicklung in der Arztpraxis und im Spital besteht jedoch die Notwendigkeit, die Modellführerschaft pro Sparte regelmässig zu prüfen. Änderungen bei der Modellführerschaft werden im Rahmen der generellen Tarifpflege umgesetzt.

## 3 Administratives

### 3.1 Projektorganisation

#### Projektsteuerungsgruppe

Person	Institution	Rolle
Dr. Christof Haudenschild	ats-tms AG	Projektleitung
Kristina Mircetic	ats-tms AG	Projektmitarbeiterin
Christian Oeschger	FMH	Vertreter Leistungserbringer
Kerstin Schutz	FMH	Vertreter Leistungserbringer
n.n.	H+	Vertreter Leistungserbringer
Maja Eckold	curafutura	Vertreter Kostenträger
Philippe Hayoz	MTK	Vertreter Kostenträger

<sup>1</sup> Dieser Schritt, also eine Umteilung der Sparten Röntgenraum I und Ultraschall gross, erhöht zudem die Modellkonsistenz, da die höher installierten Nachbarsparten (bspw. die Computertomographie) bereits im INFRA-Modell gerechnet werden.

n.n.	santésuisse	Vertreter Kostenträger
------	-------------	------------------------

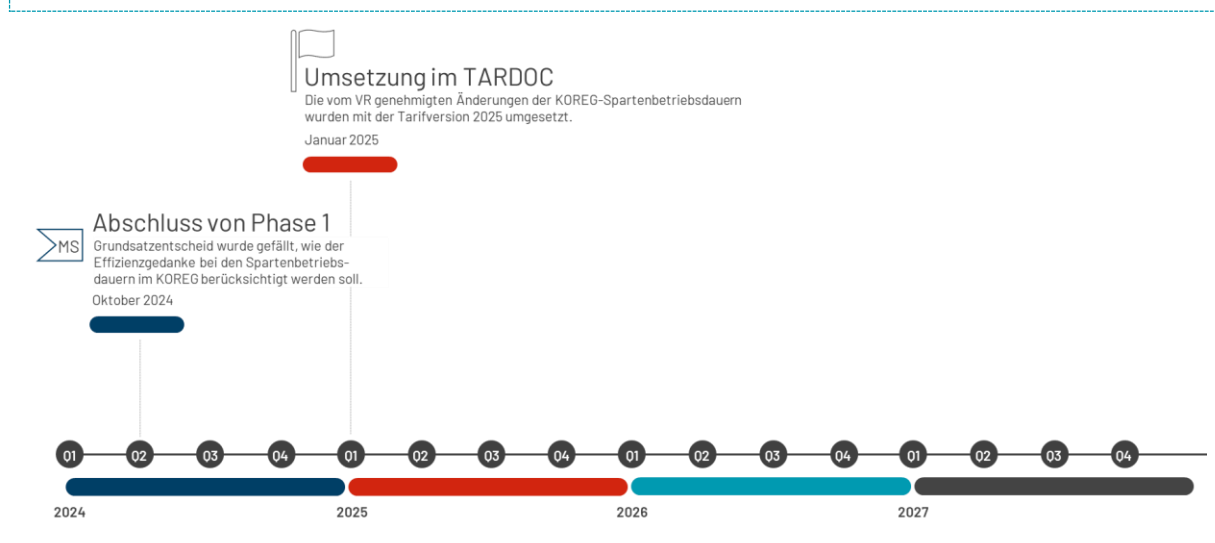
### Externe Fachpersonen

Person	Institution	Rolle
Prof. Dr. Tobias Schoch	FHNW	Methodischer Experte
Anton Prantl	Ärztelasse	Datenverantwortlicher

**Weitere Vertretungen nach Absprache**

## 3.2 Zeitplan und Meilensteine

Abbildung 1: Zeitplan mit frühestmöglichem Umsetzungszeitpunkt



Quelle: ats-tms (2022)

## 3.3 Budget

Kostenart	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Total
Personalkosten <sup>1</sup>	20 000 CHF			20 000 CHF
Honorare für externe Fachpersonen <sup>2</sup>	16 000 CHF			16 000 CHF
Sachkosten/IT (inkl. Aufträge)	-			
<b>Total</b>	<b>36 000 CHF</b>			<b>36 000 CHF</b>

<sup>1</sup>Für das interne Personal wurde ein Tagessatz von 800 Franken angenommen. <sup>2</sup>Für die externen Fachpersonen wurde ein Tagessatz von 1600 Franken angenommen.

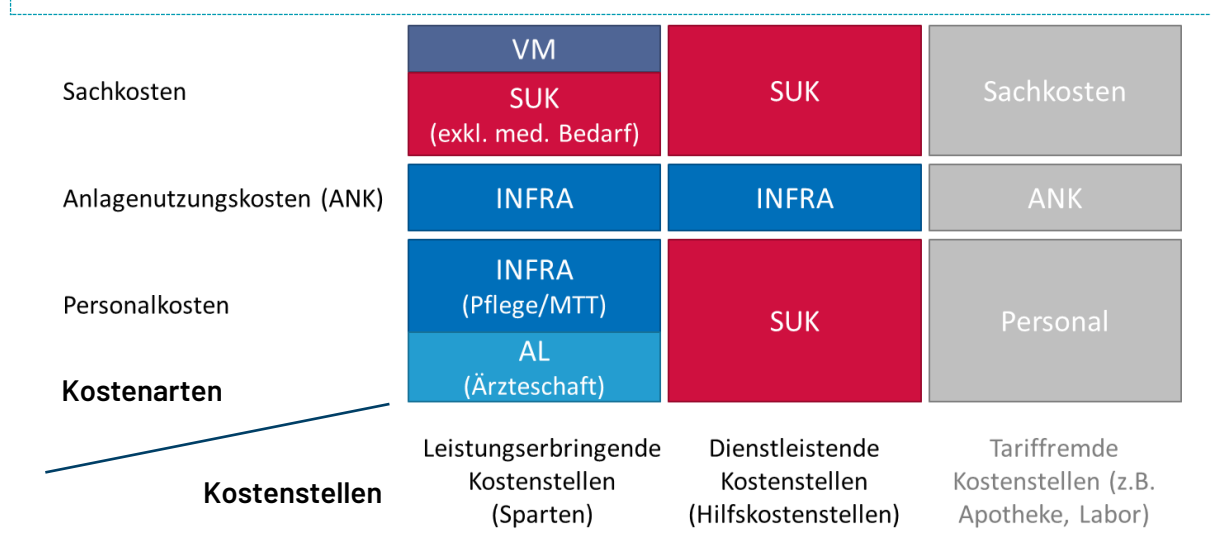
# Sach- und Umlagekosten (SUK)

## 1 Hintergrund

### 1.0 Situation im TARDOC 1.3.1

Die Sach- und Umlagekosten (SUK) bilden einen wesentlichen Faktor im INFRA-Kostenmodell. Es handelt sich dabei um Gemeinkosten, welche über einen Zuschlag (SUK-Satz) auf die Spartenkosten (Infrastruktur- und Personalkosten) geschlagen werden. Die folgende Abbildung zeigt die Kostenkomponenten der SUK. Es handelt sich dabei primär um Sach- und Personalkosten der Hilfskostenstellen sowie um die Sachkosten der Sparten (ohne medizinischen Bedarf).

Abbildung 2: Kostenbestandteile des SUK-Satzes (REKOLE-Sichtweise)



Quelle: ats-tms (2022)

Legende: AL = Kostenmodell Ärztliche Leistung, MTT = Medizinisch-technisches / medizinisch-therapeutisches Personal, SUK = Sach- und Umlagekosten, VM = Verbrauchsmaterial (>3 CHF)

Der Zuschlagssatz wurde anhand einer breit angelegten, empirischen Erhebung anhand der Kostendaten von Spitälern aus den Jahren 2014 und 2015 ermittelt. An der Erhebung nahmen 44 Spitäler teil, wobei 8 statistische Ausreisser aus der Stichprobe eliminiert wurden. In einem zweiten Schritt wurden bei den Beobachtungen der Anteil der Hotellerie für stationäre Patienten eliminiert, woraus letztlich ein mittlerer **SUK-Satz von 51,4 Prozent** resultierte.

Weil die Berechnung des SUK-Satzes schon im TARMED zu kontroversen Diskussionen und zu Kritik seitens der Eidgenössischen Finanzkontrolle (TARMED – der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen; Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes, November 2010) Anlass gab, haben die Tarifpartner ein Gutachten von Prof. Klaus Möller (Uni St. Gallen) zur Weiterentwicklung des SUK-Satzes machen lassen. Prof. Möller hat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 auf zahlreiche Probleme hingewiesen, welche mit der Verrechnung der SUK einhergehen. Einerseits kritisierte er, dass es weder eine differenzierte Kostenverrechnung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich gibt noch zwischen den unterschiedlichen Sparten. Dadurch werde eine verursachergerechte Zurechnung verunmöglicht (z.B. in Bezug auf die Hotelleriekosten).

Möller spricht sich in seinen Empfehlungen von 2018 für eine deutliche Erhöhung des Anteils der direkten Kosten und damit einer Senkung des SUK-Satzes aus. Gemäss seinen Ausführungen ist ein Gemeinkostenanteil von höchstens 10 Prozent angemessen. In diesem Zusammenhang bringt er die Idee einer Prozess-Spartenmatrix auf. Diese Methodik soll es erlauben, die SUK anhand von «Unterstützungsprozessen» differenziert nach ambulant/stationär und auf die über hundert TARDOC-Sparten zu verteilen.

Der Verwaltungsrat der ats-tms AG hat die Kritik von Prof. Möller am SUK-Satz zum Anlass genommen, das INFRA-Modell grundsätzlich zu hinterfragen und eine mittelfristige Neuausrichtung des Modells vorzusehen. Eine Möglichkeit besteht darin, vermehrt auf empirisch ermittelte, regelmässig erhobene Kostendaten zu setzen und damit eine Annäherung des INFRA- und KOREG-Modells zu erwirken. Eine Weiterentwicklung des INFRA-Modells hat voraussichtlich grundlegende Auswirkungen auf die Art und Weise, wie Sach- und Umlagekosten abgebildet werden. Daher drängen sich zurzeit keine Anpassungen am SUK-Satz auf, die losgelöst von der Weiterentwicklung der Kostenmodelle beschlossen werden.

## 1.1 Ziele des Projekts

- In einem weiterentwickelten Modell zur Berechnung der Infrastruktur- und Personalkosten sollen die Sach- und Umlagekosten möglichst in die Kostensätze der Sparten integriert werden. Ziel ist, dass der SUK-Satz an den tarifrelevanten Kosten einen Anteil von max. 10 Prozent aufweist.

## 1.2 Grundlagendokumente

Möller, K. (2019): «Gutachten zur Berechnung der Sach- und Umlagekosten», verabschiedet durch die GV ats-tms AG am 24. Juni 2019, Anhang 5c des Tarifierungshandbuchs.

ats-tms AG (2021): «Beibericht zur ersten Projektphase – 2019.PR.05 Kostenmodelle KOREG und INFRA».

ats-tms AG (2022): «Gap-Analyse zur Weiterentwicklung der Kostenmodelle INFRA und KOREG».

## 2 Vorgehensvorschlag

Zurzeit sind keine isolierten Anpassungen am SUK-Satz geplant, da das gesamte INFRA-Kostenmodell gemäss mittelfristig weiterentwickelt werden soll. Die Tarifpartner halten es für sinnvoll, dass stark normativ Kostenmodell mittelfristig auf eine vermehrt empirische Basis zu stellen. Es ist damit zu rechnen, dass eine Anpassung des INFRA-Modells Auswirkungen auf die Datengrundlage, die Spartenarchitektur und die Verrechnung der Sach- und Umlagekosten haben wird. Für die Weiterentwicklung des Kostenmodells ist eine enge Zusammenarbeit mit den Spitälern vorgesehen.