

Langfristiges Monitoring TARDOC

Konzept zuhanden des Verwaltungsrats

1 Ausgangslage

Das Monitoring des TARDOC wird im Tarifierungshandbuch (THB, Teil B, Kapitel 4) skizziert, das am 4. März 2021 von der Generalversammlung der ats-tms AG verabschiedet wurde. Das Konzept «Langfristiges Monitoring TARDOC» baut auf den Ausführungen des THB auf und konkretisiert den Analyserahmen sowie die methodischen Grundlagen für die Durchführung des Monitorings im Rahmen der laufenden Tarifpflege.

Das Monitoring schliesst nahtlos an die Phase der kostenneutralen Überführung des Tarifs an. Die konzeptionellen Grundlagen der kostenneutralen Überführung des TARDOC sind in einem eigenständigen Konzept festgehalten. Das vorliegende Konzept ist wie folgt aufgebaut: Nach einer Diskussion der Zielsetzung (Kapitel 2.1) wird das *allgemeine Tarifmonitoring* (Kapitel 2.2) vorgestellt, bevor in Kapitel 2.3 die Ziele und die Methodik des *speziellen Monitorings* adressiert werden. Das Kapitel schliesst mit einer Darstellung der Zuständigkeiten (Kapitel 2.4).

2 Monitoring

2.1 Zielsetzung

Nach Abschluss der Einführungsphase des Tarifs und allfälligen Nachkorrekturen (Kostenneutrale Überführung) ist im operativen Normalbetrieb eine fortlaufende Pflege der Tarifstruktur sicherzustellen. Das Monitoring dokumentiert die wirtschaftlichen Folgen der Anwendung der Tarifstruktur und bildet die Grundlage für notwendige Korrekturen am Tarif.

Die Gesundheitsversorgung unterliegt einer kontinuierlichen Entwicklung und dementsprechend erfordert die Tarifstruktur laufende Anpassungen, um stets den aktuellen Stand der ambulanten ärztlichen Versorgung und der für die Leistungserbringung notwendigen Infrastruktur sachgerecht und betriebswirtschaftlich abzubilden. Das Monitoring liefert hierzu die nötigen Grundlagen. Es dient einerseits als Reporting-Instrument gegenüber dem Verwaltungsrat sowie als Informationsinstrument gegenüber den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Kostenträger) zur *laufenden Beobachtung* der Mengenentwicklungen und der Tarifstrukturanwendung, und, bei Bedarf und Zustimmung des Verwaltungsrats, zur Berichterstattung gegenüber interessierten Dritten (z.B. BAG oder universitäre Einrichtungen). Andererseits bildet das Monitoring die *Grundlage für Anpassungen der Tarifstruktur*.

2.2 Allgemeines Monitoring

Das allgemeine Monitoring dient der laufenden Berichterstattung über die *allgemeine Entwicklung der Tarifanwendung* und erfolgt auf Jahresbasis. Das Monitoring dient dem Verwaltungsrat und der Geschäftsstelle als Entscheidungsgrundlage bei der Erarbeitung der Massnahmen zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur und der Erreichung der Vorgaben des Verwaltungsrats der ats-tms AG. Es werden keine generellen Handlungsregeln bzw. Wirkmechanismen vereinbart. Der Verwaltungsrat kann jedoch auf der Grundlage der Monitoringberichte über Korrektur- und Anpassungsmassnahmen entscheiden.

2.2.1 Inhalt

Vorbehaltlich weiterer Inhalte, die durch den Verwaltungsrat bestimmt werden können, lässt sich das allgemeine Monitoring in zwei Module unterteilen:

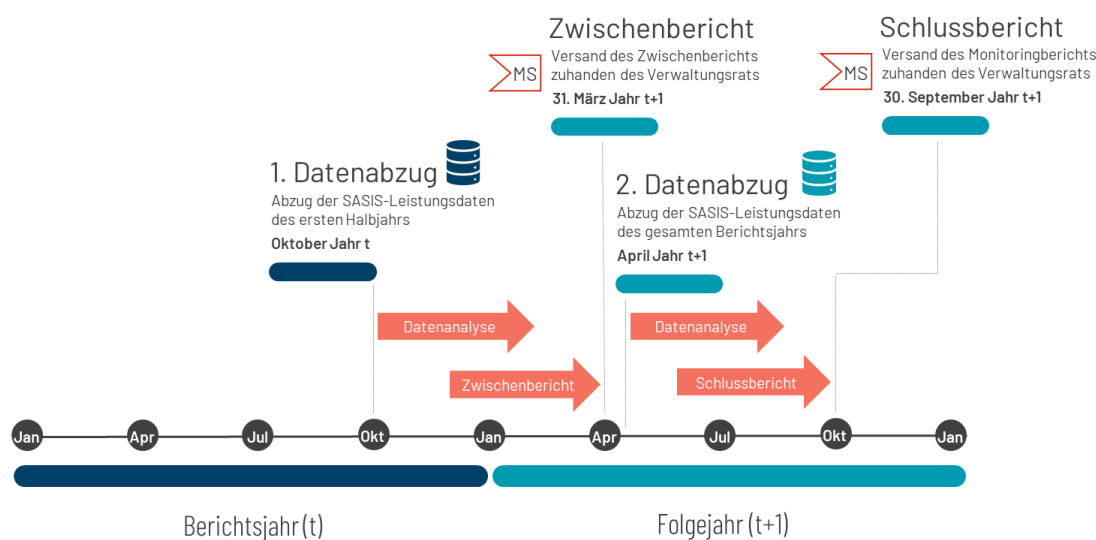
(1) Deskriptive Analyse der Volumenentwicklung

- Darstellung der Volumenänderungen auf allen hierarchischen Ebenen des Tarifs (Gesamtтарif, Kapitel, Tarifpositionen sowie Leistungsgruppen)
- Darstellung der Volumenänderungen nach dem Ort der Erbringung / Leistungserbringer-typ (freie Praxis / Spital; Facharztgruppen, Spitaltypologie gemäss BFS¹)
- Darstellung der Volumenänderungen auf regionaler Ebene (Schweiz, Kantone)

(2) Plausibilisierung der Volumenentwicklung

- Berücksichtigung makroökonomischer Trends, d.h. der demografischen Entwicklung, des Bevölkerungswachstums und der Preisentwicklung (Teuerung)
- Berücksichtigung von allgemeinen Trends in der medizinischen Versorgung, u.a. die (Teil-)Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich

Abbildung 1: Jährlicher Monitoringprozess



Quelle: ats-tms (2021)

Der jährliche Ablauf des Monitorings ist in **Abbildung 1** dargestellt. Die Geschäftsstelle erstellt einen jährlichen *Monitoringbericht* zuhanded des Verwaltungsrats. Dieser deckt die Ergebnisse eines gesamten Berichtsjahrs ab und wird jeweils per 30. September des Folgejahres dem Verwaltungsrat zur Kenntnissnahme unterbreitet. Damit die zeitliche Verzögerung möglichst kurzgehalten und unerwünschte Entwicklungen frühzeitig erkannt werden können, wird bereits jeweils im Frühjahr des Folgejahres (per 31. März) ein *Zwischenbericht* zuhanded des Verwaltungsrats erstellt, welcher die vorläufigen Ergebnisse für das erste

¹ Bundesamt für Statistik BFS (2006). Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Krankenhaustypologie (<https://www.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/169879/master>).

Semester des Berichtsjahres abdeckt. Die gesamte Monitoringphase dauert jeweils ein volles Jahr, so dass die Arbeiten am nächsten Berichtsjahr nahtlos anschliessen.

Nebst dem Verwaltungsrat erhalten auch alle Tarifpartner Zugang zum Monitoringbericht. Die Weitergabe oder Veröffentlichung der Monitoringberichte und Analysen an Dritte bedingt die Zustimmung des Verwaltungsrats.

2.2.2 Daten und Methoden

Volumenentwicklung

Die deskriptive Analyse der Volumenentwicklung kann grösstenteils mit Daten der SASIS AG durchgeführt werden. Dort, wo die Datengrundlage zu wenig detailliert ist, kann auf Leistungsdaten der FMH zurückgegriffen werden. Hierzu werden die nötigen vertraglichen Grundlagen geschaffen. Dies gilt insbesondere für die Auswertung der abgerechneten Volumen nach Facharztgruppen. Die Daten von SASIS können zu jedem Zeitpunkt abgezogen werden, wobei die Datenauswertung umso vollständiger wird, je später der Datenabzug erfolgt, gleichzeitig aber der Bearbeitungszeitraum verkürzt wird. Die Geschäftsstelle vereinbart mit dem Verwaltungsrat die Stichtage, an welchen die benötigten Daten jeweils bezogen werden.

Die methodische Grundlage für die deskriptive Analyse bildet die statistische Komponentenerlegung.^{2,3} Damit ist es möglich, einen Gesamteffekt in dessen Treiber bzw. Komponenten aufzuteilen. Ausgangspunkt für die Komponentenerlegung bildet das Taxpunktvolume (TP), welches sich im Jahr t berechnen lässt als

$$TP_t = EF \times \sum_{j=1}^m \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{ijt} x_{ijt} = EF \times X_t \times \sum_{j=1}^m \left[\varphi_{jt} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{ijt} \delta_{ijt} \right] \quad (5)$$

Das Taxpunktvolume zum Zeitpunkt t lässt sich auf der obersten Tarifebene als Produkt des am Ende der KN-Phase festgelegten External Factors (EF) und der Summe der abgerechneten Leistungspositionen $i \in \{1, \dots, n_j\}$ in den Kapiteln $j \in \{1, \dots, m\}$ darstellen. Da der EF im Anschluss an die KN-Phase nicht mehr angepasst werden soll, erhält die Komponente keinen Zeitindex.

Das Taxpunktvolume TP kann sich dabei entweder auf das schweizweite Gesamtvolumen beziehen oder aber auf ein Teil davon, wie bspw. das Taxpunktvolume eines Kantons, einer Facharztgruppe, eines BFS-Spitaltyps oder eines einzelnen Leistungserbringers.

Wie (5) zeigt, kann das Taxpunktvolume in weitere Bestandteile zerlegt werden. Während X_t für die gesamte Anzahl der abgerechneten Tarifpositionen steht, bezeichnen φ_{jt} und δ_{ijt} die mengenmässigen Anteile des Kapitels j am Gesamttarif ($\sum_j \varphi_{jt} = 1$) bzw. der Tarifposition i am jeweiligen Kapitel j ($\sum_i \delta_{ijt} = 1$). Diese Darstellung ermöglicht es erst, eine gesamthafte Änderung des abgerechneten Volumens von den Kompositionseffekten zu isolieren, d.h. von Verschiebungen des Volumens zwischen und innerhalb von einzelnen Kapiteln.

² Reichelt, H. (1988). Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung: Konzept einer erweiterten Index-Analyse volkswirtschaftlicher Änderungsraten. Bonn: Wissenschaftl. Inst. der Ortskrankenkassen.

³ Das Gupta, P. (1993). Standardization and Decomposition of Rates: A User's Manual (U.S. Bureau of the Census, Current Population Reports, Series P23-186). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Der Index des Taxpunkt volumens I_{TP} sei definiert als Quotient des Taxpunkt volumens des Basisjahrs und des Taxpunkt volumens des Berichtsjahrs ($I_{TP} = TP_t / TP_0$). Ein Indexwert von 1,05 entspricht dabei einer prozentualen Zunahme des Volumens um 5 %. Dieser Gesamtindex lässt sich mathematisch in insgesamt fünf Komponenten aufteilen, wobei die EF-Komponente für die weitere Analyse unerheblich ist ($I_{EF} = 1$). Die detaillierte, formale Darstellung der Komponenten ist im Anhang dieses Konzepts zu finden (vgl. Kapitel 3). Mit dieser Methode ist eine «was wäre wenn?»-Betrachtung möglich, d.h., es wird die Annahme getroffen, dass ausser dem Parameter von Interesse alle anderen Komponenten stabil geblieben wären. Nimmt man all diese Einzeleffekte zusammen, ergibt sich wieder der beobachtete Gesamteffekt.

Wir unterscheiden folgende Indizes bzw. Komponenten:⁴

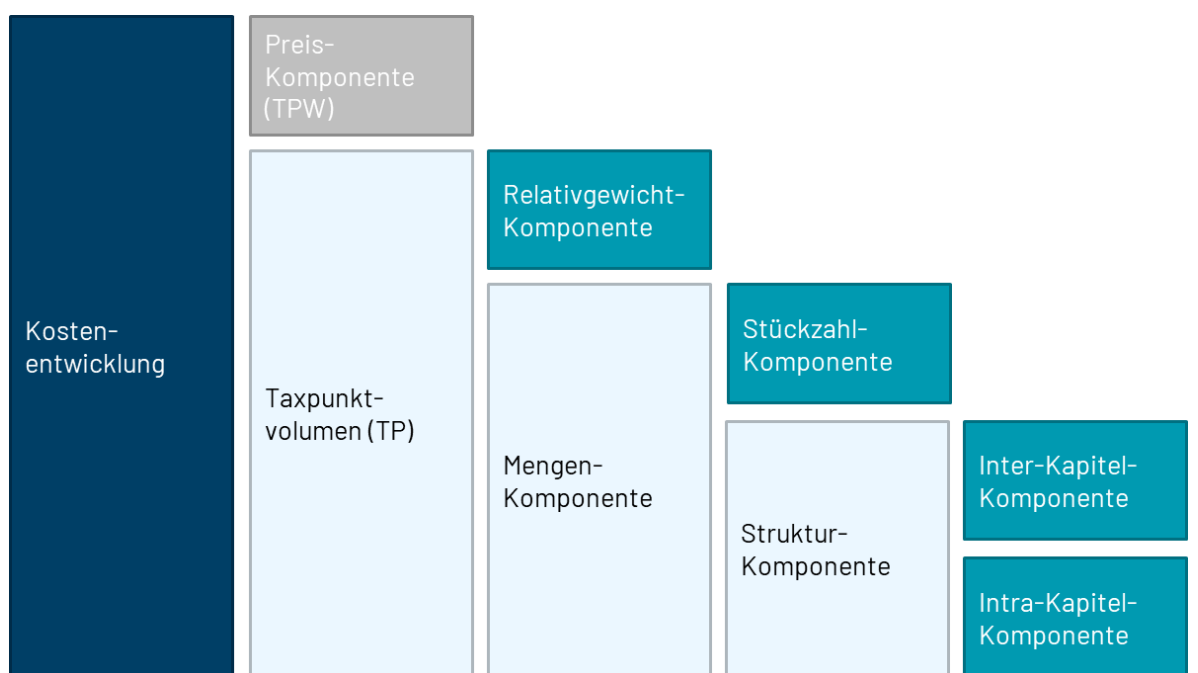
$$I_{TP} \equiv \frac{TP_t}{TP_0} = I_\omega \times I_X \times I_\varphi \times I_\delta \quad (6)$$

I_{TP}	Index des Taxpunkt volumens
I_ω	Index der Relativgewichte (RG-Komponente; «Katalogeffekt»)
I_X	Index des gesamthaften Abrechnungsvolumens (Stückzahl-Komponente)
I_φ	Index des kapitelübergreifenden Abrechnungsvolumens (Inter-Kapitel-Komponente)
I_δ	Index des kapitelbezogenen Abrechnungsvolumens (Intra-Kapitel-Komponente)

Der Index der Relativgewichte ist ein Parameter für die «interne Teuerung» des Tarifs. Der Index zeigt auf, wie sich das Taxpunkt volumen aufgrund der angepassten Relativgewichte verändert hätte, wäre das abgerechnete Tarifvolumen konstant geblieben. Für das Monitoring ist jedoch in erster Linie die Mengen-Komponente von Interesse, d.h. die letzten drei Komponenten des Systems. Diese geben Auskunft darüber, ob es auf der Ebene des Gesamttarifs zu einem Anstieg der abgerechneten Positionen gekommen ist. Anders ausgedrückt sagt der Index aus, wie sich das Taxpunkt volumen verändert hätte, wenn die beobachtete Zunahme der abgerechneten Positionen gleichmässig über alle Leistungspositionen des Tarifs verteilt stattgefunden hätte (kein Struktureffekt). Die beiden letzten Komponenten messen die Grösse eben dieses Struktureffekts. Dieser tritt auf, wenn es innerhalb der Kapitel zu Verschiebungen zwischen Leistungspositionen kommt (Intra-Kapitel-Komponente) oder wenn sich das Leistungsvolumen über die Kapitels des Tarifs hinweg unterschiedlich entwickeln (Inter-Kapitel-Komponente). **Abbildung 2** stellt die unterschiedlichen Komponenten hierarchisch dar. Die Preis-Komponente ist ebenfalls dargestellt. Diese ist allerdings grau hinterlegt, um auszusagen, dass diese zwar zur Kostenentwicklung beiträgt, jedoch nicht Teil der Tarifstruktur ist.

⁴ Im Falle von Anpassungen am Leistungskatalog (Wegfall von Leistungen, Aufnahme neuer Leistungen) wird eine zusätzliche Komponente für den Marktzu- und -abgang berechnet.

Abbildung 2: Komponentenzerlegung der Taxpunkt volumenänderung

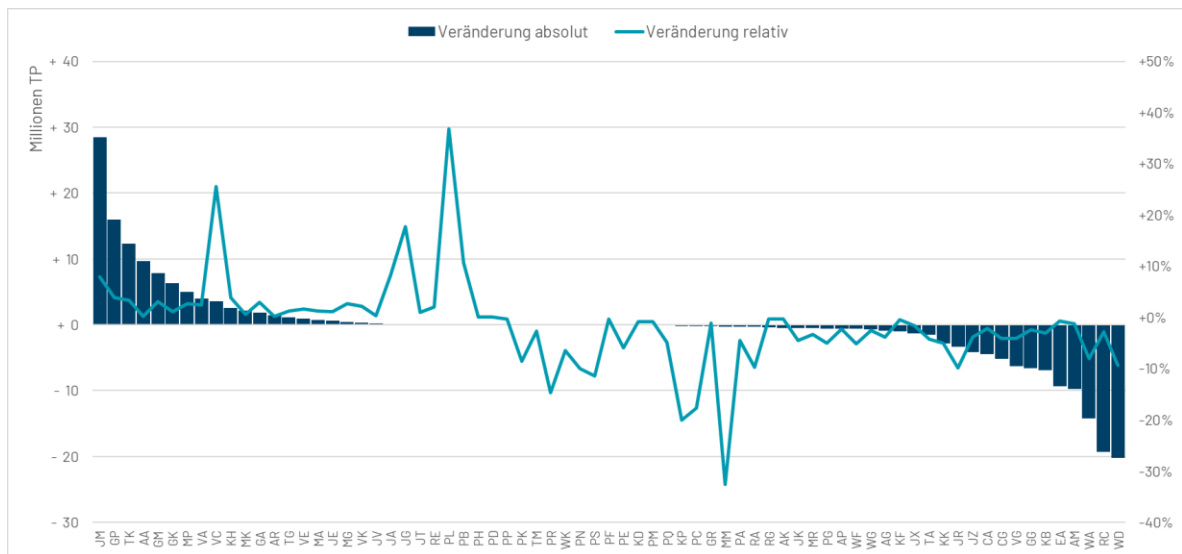


Quelle: ats-tms (2021)

Die detaillierte Analyse der Mengen- und Strukturkomponenten wird lediglich auf der Ebene *aller* Abrechnungsdaten vorgenommen. Damit erhält man bereits gewisse Indizien, ob sich das Taxpunkt-volumen durch Verschiebungen innerhalb und zwischen den Kapiteln verändert hat. Um allerdings die verantwortlichen Kapitel und Tarifpositionen zu identifizieren, folgt danach eine Analyse pro Kapitel. Bei der Kapitelanalyse kann wiederum ein Gesamteffekt, eine RG-Komponente, eine Mengen-Komponente sowie eine Intra-Kapitel-Komponente berechnet werden.

Die kapitelspezifische Analyse erfolgt ausschliesslich bei jenen Kapiteln, wo sich im Jahr-zu-Jahr-Vergleich grosse Abweichungen bei den Taxpunkten offenbaren. **Abbildung 3** zeigt beispielhaft, wie die kapitelspezifische Entwicklung der Taxpunkte aussehen könnte. Für eine vertiefte Analyse kommen all jene Kapitel infrage, wo eine stark über- bzw. unterdurchschnittliche Wachstumsrate auszumachen ist.

Abbildung 3: Komponentenzerlegung der Taxpunktveränderung



Quelle: ats-tms (2021)

Alle weiteren Analysen, d.h. die Analyse nach dem Ort der Leistungserbringung, dem Typ des Leistungserbringers und der regionalen Ebene (vorwiegend Kantone), beschränken sich auf die Berechnung des Index des Taxpunkt volumens. Im Vordergrund steht dabei dessen Vergleich zwischen den Regionen, Facharztgruppen und BFS-Spitaltypen anhand eines Quervergleichs.

Plausibilisierung der Mengenentwicklung

Der Index der Mengen-Komponente wird durch unterschiedliche Faktoren getrieben. Um die deskriptiven Ergebnisse besser interpretieren zu können und daraus einen Handlungsbedarf abzuleiten, werden die Zahlen den exogenen Einflussfaktoren gemäss Kapitel 2.2.1 gegenübergestellt.

Für die Plausibilisierung setzen wir auf unterschiedliche Datenquellen. Im Zentrum stehen die Versicherungsdaten des Tarif- und Datenpools der SASIS AG. Damit kann die Taxpunktentwicklung im Detail analysiert und gleichzeitig Verschiebungen der demografischen Struktur sowie Verschiebungen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor identifiziert werden. Weitere Datenquellen sind das Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE) und die Statistik der obligatorischen Krankenversicherung. Für die Beantwortung spezifischer Fragestellungen werden weitere Statistiken des Bundesamts für Statistik BFS herangezogen.

Für das Monitoring der Preiskomponente (Taxpunkt wert) eignet sich der *Landesindex der Konsumentenpreise (LIK)*. Dieser liefert Indexwerte auf Jahres- und Monatsbasis und lässt eine Auswertung auf Ebene der Gesamtwirtschaft (Niveau 1), auf der Ebene der Gesundheitspflege (Niveau 2), auf Ebene der ambulanten Dienstleistungen (Niveau 3) und sogar auf der Ebene der ärztlichen Leistungen (Niveau 4) zu. Damit können etwaige Preisänderungen ziemlich genau und zeitnah isoliert werden.⁵

⁵ Wie eine erste Analyse gezeigt hat, ist das Preisniveau bei der Komponentenzerlegung vernachlässigbar. Da es sich im ambulanten Bereich um verhandelte TPW handelt, die über viele Jahre stabil geblieben sind, ist der Preisindex seit den 1990er Jahren praktisch unverändert (vgl. [Abbildung 4 im Anhang](#)).

Die Plausibilisierung erfolgt in Anlehnung an die **Komponentenzerlegung der Taxpunktentwicklung**. Hier wird der Fokus daraufgelegt, inwiefern untergeordnete Faktoren eine Veränderung des abgerechneten Volumens erklären können. Die Methodik ist angelehnt an den wissenschaftlichen Artikel von Stucki (2021)⁶, der eine ähnliche Herangehensweise für den stationären Bereich gewählt hat. Angewendet auf den ambulanten Bereich werden die folgenden sechs Faktoren herangezogen, um die Mengenentwicklung in Taxpunkten zu erklären:

- (3) Das **Bevölkerungswachstum** (N)
- (4) die **Bevölkerungsstruktur** (Alters- und Geschlechtsstruktur, a_i)
- (5) die Anzahl der **Patient/innen** (=Personen mit mindestens einem ambulanten Kontakt) im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung (p_i)
- (6) die Anzahl der abgerechneten **Sitzungen pro Patient/in** (s_i)
- (7) die **relativen Anteile** der Sitzungen in der Arztpraxis bzw. im Spital (α_i^{praxis})
- (8) die durchschnittliche Anzahl abgerechneter **Taxpunkte pro Sitzung**
 - a. in der Arztpraxis (TP_i^{praxis})
 - b. im Spital (TP_i^{spital})

Formal ausgedrückt lässt sich die Beziehung zwischen den ambulanten Kosten und den sechs Faktoren wie folgt darstellen:

$$TP \equiv \frac{c_{amb}}{TPW} = N \times \sum_i a_i \times p_i \times s_i \times (\alpha_i^{praxis} TP_i^{praxis} + (1 - \alpha_i^{praxis}) TP_i^{spital})$$

i bezeichnet dabei einen Index für die Altersklassen. Das Bevölkerungswachstum (1) ist vor allem dann von Interesse, wenn es zu einem plötzlichen, unvorhergesehenen Anstieg bzw. Rückgang der Population kommt, bspw. aufgrund einer Flüchtlingswelle. Der demografische Effekt (2) erklärt jenen Teil des Kostenwachstums, welcher daher rührt, dass sich die Anzahl der Personen in den verschiedenen Alters- und Geschlechtergruppen über die Zeit ändert – und die einzelnen Altersgruppen stark unterschiedliche Durchschnittskosten aufweisen. Die Komponente (3) erfasst den Anteil jener Personen, welche mindestens einmal pro Jahr einen ambulanten Kontakt aufweisen; unabhängig davon, ob es sich um einen Arzt- oder ambulanten Spitalbesuch handelt. Die Komponente (4) ist ein Indikator dafür, wie stark die Patientinnen und Patienten den ambulanten Gesundheitsbereich in Anspruch nehmen. Eine höhere Anzahl von Sitzungen pro Patienten führt – unter sonst gleichen Voraussetzungen – zu einem Anstieg der Gesundheitskosten. Schliesslich berücksichtigen die Faktoren (5) und (6) die beiden ambulanten Versorgungsbereiche; die freie Praxis und den spitalambulanten Bereich. Eine Verschiebung des Anteils der Sitzungen von der freien Praxis hin zum Spital und umgekehrt (5) hat genau so einen Einfluss auf die Kosten⁷ wie eine Veränderung der durchschnittlich verrechneten Anzahl Taxpunkten in der freien Praxis (6a) oder im Spital (6b).

Sollten sich aus der obigen Analyse der sechs Faktoren nicht erklärbare Änderungen ergeben, kann eine vertiefte Analyse angezeigt sein. Dabei geht es darum, **übergeordnete Treiber der Inanspruchnahme** ambulanter Leistungen ausfindig zu machen. Dies kann bspw. ein steigender Anteil ambulant durchgeführter Eingriffe und Operationen sein. **Abbildung 5** im Anhang bestätigt die zeitliche Dynamik bei den

⁶ Stucki, M. (2021). Factors related to the change in Swiss inpatient costs by disease: a 6-factor decomposition. *Eur J Health Econ* 22, 195–221. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01243-3>

⁷ Dieser Effekt besteht allerdings nur dann, wenn sich die durchschnittlich abgerechnete Anzahl Taxpunkte zwischen den Sektoren unterscheidet.

Kostenanteilen; während der Anteil des stationären Bereich tendenziell rückläufig ist, hat sich der Anteil der ambulanten Kosten im Spital und der Praxis über die letzten Jahrzehnte von rund 35% auf 40% erhöht.

Die Geschäftsstelle wird bei der Interpretation der Pro-Kopf-Kosten weitere Treiber der Inanspruchnahme miteinbeziehen, sofern die entsprechenden Daten vorliegen (u.a. BIP-Entwicklung, Ärztedichte, Betten-dichte usw.). Der Einbezug des BIP pro Kopf ist insofern angezeigt, weil dadurch festgestellt werden kann, ob sich die Gesundheitsausgaben dynamischer entwickelt haben als die Wirtschaftsleistung und damit die Gesundheitsquote zugenommen hat.

2.3 Spezielles Monitoring

Das spezielle Monitoring dient der Berichterstattung zu *besonderen Fragestellungen* in Zusammenhang mit der Anwendung der Tarifstruktur und der Umsetzung von Änderungen. Der Verwaltungsrat erteilt hierzu einen konkreten Monitoring-Auftrag und legt den finanziellen und zeitlichen Rahmen fest. Anträge für die Durchführung spezieller Monitoring-Aufträge kann auch die Expertengruppe Monitoring (EG-M) zuhanden des Verwaltungsrats stellen (vgl. Kapitel 2.4).

2.3.1 Inhalt

Das spezielle Monitoring fungiert als eine Ergänzung zum allgemeinen Monitoring und zeigt Besonderheiten der Entwicklung der Tarifstrukturanwendung bei unveränderten oder neuen Rahmenbedingungen auf, beispielsweise:

- Volumen- und Kostenentwicklung auf einzelnen Leistungspositionen
- Verschiebungen von Leistungen (Taxpunkt-volumen) innerhalb einzelner Kapitel oder medizinischer Fachbereiche
- Volumen- und Kostenentwicklung bei neuen oder wegfallenden KVG-Pflichtleistungen
- Volumen- und Kostenentwicklung aufgrund von medizinisch-technischer Innovation
- Volumen- und Kostenentwicklung aufgrund geänderter oder neuer gesetzlicher Bestimmungen

Hinzu kommen *besondere Auswertungen* im Auftrag des Verwaltungsrats der ats-tms AG. Besondere Auswertungen können sein (Aufzählung nicht abschliessend):

- Ursachenforschung bei beobachteten Veränderungen der Tarifstrukturanwendung
- Analysen zu bestimmten Diagnosen oder Diagnosegruppen, zu chronischen oder multimorbiden Krankheitsbildern
- Analysen zu besonderen Versorgungsformen (Telemedizin, Integrierte Versorgung, Gruppenpraxen usw.)

Die Tarifpartner haben bereits in ihrer *Stellungnahme zum Prüfbericht des BAG* vom 30. März 2021 einige Bereiche erwähnt, die ein fokussiertes Monitoring erfordern. Dazu zählen bspw. die *Palliative Care*-Leistungen, welche keinen Limitationen unterstellen und deren Mengenentwicklung eng überwacht werden

sollte (vgl. Kap. 3.1.4.7, Stellungnahme). Hinzu kommen die neu geschaffenen *Organuntersuchungen*. In diesem Zusammenhang soll das Monitoring Erkenntnisse bringen, ob sich die durchschnittliche Konsultationsdauer aufgrund der neuen Tarifierung erhöht hat (vgl. Kap. 3.1.4.8, Stellungnahme). Als dritten Schwerpunkt nennt die Stellungnahme zum Prüfbericht jene *Zeitleistungen*, die als Zuschläge zu Handlungsleistungen vorgesehen sind («Mischung von Handlungs- und Zeitleistungen»). Das Tarifmonitoring soll u.a. aufzeigen, ob die Streuung bei der Untersuchungs- und Behandlungsdauer eine Tarifierung als Zeitleistung überhaupt rechtfertigt (vgl. Kap. 3.1.5, Stellungnahme). Schliesslich legen die Tarifpartner ein grosses Gewicht auf das Monitoring der nichtärztlichen Überwachung. Im Vergleich zum Tarmed werden diese Leistungen im TARDOC wesentlich höher und differenzierter vergütet. Daher wird es eine zentrale Aufgabe des Monitorings sein, die Volumenentwicklung in diesem Bereich kontinuierlich zu analysieren.

Für die Analyse der Tarifierung bei spezifischen Leistungspositionen werden i.d.R. sitzungsbezogene Abrechnungsdaten benötigt. Nur so kann bspw. gezeigt werden, wie oft es zu Mehrfachuntersuchungen kommt oder wie oft spezifische Tarifpositionen miteinander kombiniert abgerechnet werden. Die SASIS ist für die Analyse solcher Anwendungsfragen ungeeignet, da die Datenbank lediglich über aggregierte Abrechnungsdaten verfügt. Die Geschäftsstelle kann daher bei den angeschlossenen Kostenträgern Daten- oder Auswertungsanfragen stellen, um auf rechnungsspezifische Informationen zugreifen zu können.

Spezielles Monitoring am Beispiel der nichtärztlichen Überwachung

Die nichtärztliche Überwachung im Anschluss an einen Eingriff in Regional- oder Allgemeinanästhesie wird im TARDOC wesentlich differenzierter abgebildet als noch im Tarmed (d.h. degressiver Betreuungsaufwand, Mehraufwand bei Kindern bis 16 Jahre). Da der durchschnittliche Kostensatz mit dem TARDOC deutlich zunimmt, dürfte sich auch das Volumen erhöhen. Dies zeigen die Simulationsergebnisse.

Das spezielle Tarifmonitoring kann in diesem Zusammenhang Auskunft darüber geben, ob und in welchem Ausmass sich die durchschnittliche Überwachungsdauer mit der Einführung des TARDOC verändert hat. Nebst einer Analyse des Gesamtvolumens ist dafür eine sitzungsspezifische Auswertung notwendig. Aufgrund der minutengenauen Tarifierung kann die statistische Verteilung der Überwachungsdauer bestimmt und bei Bedarf neue Limitationen festgelegt werden.

2.4 Zuständigkeiten

Der **Verwaltungsrat** definiert die Inhalte des allgemeinen Monitorings und kann diese bei Bedarf anpassen. Das allgemeine Monitoring ist Bestandteil des regulären Leistungsauftrags an die **Geschäftsstelle** des Tarifbüros. Die Aufgaben in Rahmen des speziellen Monitorings sind jeweils an einen konkreten Auftrag des Verwaltungsrats geknüpft.

Das allgemeine und spezielle Monitoring sowie die Simulationsrechnungen werden grundsätzlich durch die Geschäftsstelle erbracht. Die Geschäftsstelle kann bei Bedarf ein Teil ihrer Aufgaben per Mandat an externe Expertinnen und Experten delegieren. Dies gilt insbesondere bei Aufgaben in Zusammenhang mit dem speziellen Monitoring, Simulationen und komplexen Analysen.

Das langfristige Monitoring wird von der **Expertengruppe Monitoring (EG-M)** begleitet. Die EG-M wird nach Abschluss der kostenneutralen Überführung des Tarifs als Expertengremium weitergeführt. Die von der Geschäftsstelle erarbeiteten Berichte werden im Rahmen der regelmässigen Sitzungen der EG-M diskutiert. Die Mitglieder der EG-M können auf der Basis der Monitoringberichte Empfehlungen zuhanden des Verwaltungsrats formulieren. Dies kann bspw. die Durchführung vertiefter Analysen betreffen oder Anpassungen am Tarif.

3 Anhang

Index der Taxpunktentwicklung

$$\begin{aligned}
 TP_t &= EF \sum_{j=1}^m \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{ijt} x_{ijt} = EF \times \sum_{j=1}^m \sum_{i=1}^{n_j} x_{ijt} \times \sum_{j=1}^m \left[\varphi_{jt} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{ijt} \delta_{ijt} \right] \\
 &= EF \times X_t \times \sum_{j=1}^m \left[\varphi_{jt} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{ijt} \delta_{ijt} \right]
 \end{aligned}$$

mit $X_t = \sum_j \sum_i x_{ijt}$ und $\varphi_{jt} = \sum_i x_{ijt} / X_t$ und $\delta_{ijt} = x_{ijt} / \sum_i x_{ijt}$

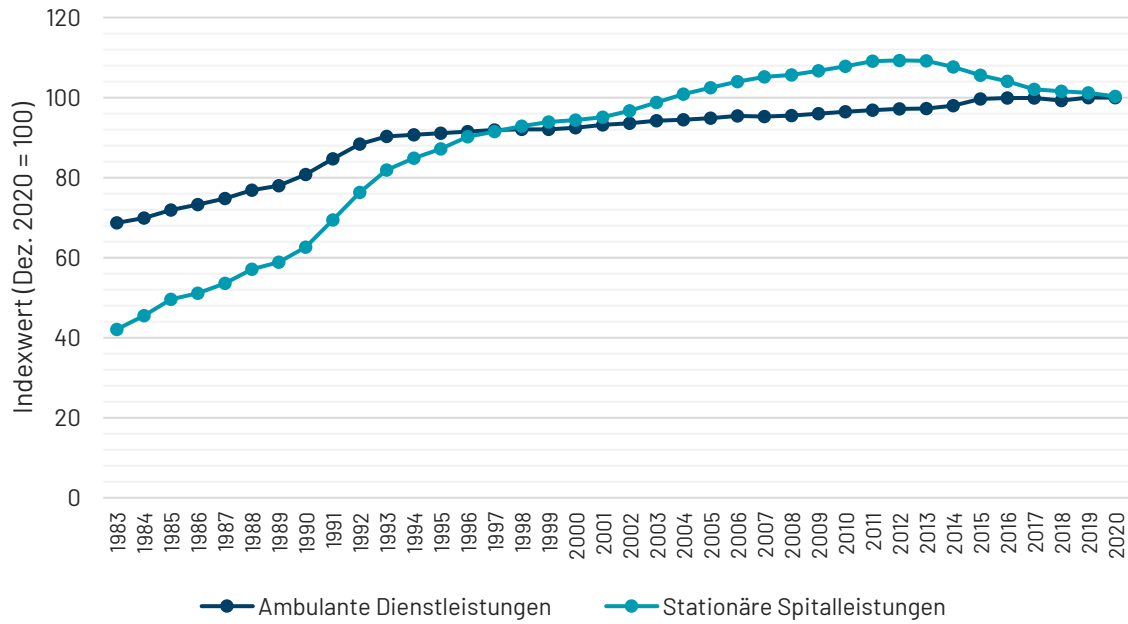
$$I_{TP} = \frac{EF}{EF} \times \frac{X_t}{X_0} \times \frac{\sum_{j=1}^m [\varphi_{j0} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{it} \delta_{i0}]}{\sum_{j=1}^m [\varphi_{j0} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{i0} \delta_{i0}]} \times \frac{\sum_{j=1}^m [\varphi_{jt} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{it} \delta_{i0}]}{\sum_{j=1}^m [\varphi_{j0} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{it} \delta_{i0}]} \times \frac{\sum_{j=1}^m [\varphi_{jt} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{it} \delta_{it}]}{\sum_{j=1}^m [\varphi_{jt} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{it} \delta_{i0}]}$$

$$I_{TP} \equiv \frac{TP_t}{TP_0} = I_\omega \times I_X \times I_\varphi \times I_\delta$$

Index	Berechnung
I_{TP}	$\frac{TP_t}{TP_0}$
I_ω	$\frac{\sum_{j=1}^m [\varphi_{j0} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{it} \delta_{i0}]}{\sum_{j=1}^m [\varphi_{j0} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{i0} \delta_{i0}]}$
I_X	$\frac{\sum_{j=1}^m \sum_{i=1}^{n_j} x_{ijt}}{\sum_{j=1}^m \sum_{i=1}^{n_j} x_{ij0}}$
I_φ	$\frac{\sum_{j=1}^m [\varphi_{jt} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{it} \delta_{i0}]}{\sum_{j=1}^m [\varphi_{j0} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{it} \delta_{i0}]}$
I_δ	$\frac{\sum_{j=1}^m [\varphi_{jt} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{it} \delta_{it}]}{\sum_{j=1}^m [\varphi_{jt} \sum_{i=1}^{n_j} \omega_{it} \delta_{i0}]}$

Entwicklung der Preisindizes gemäss LK

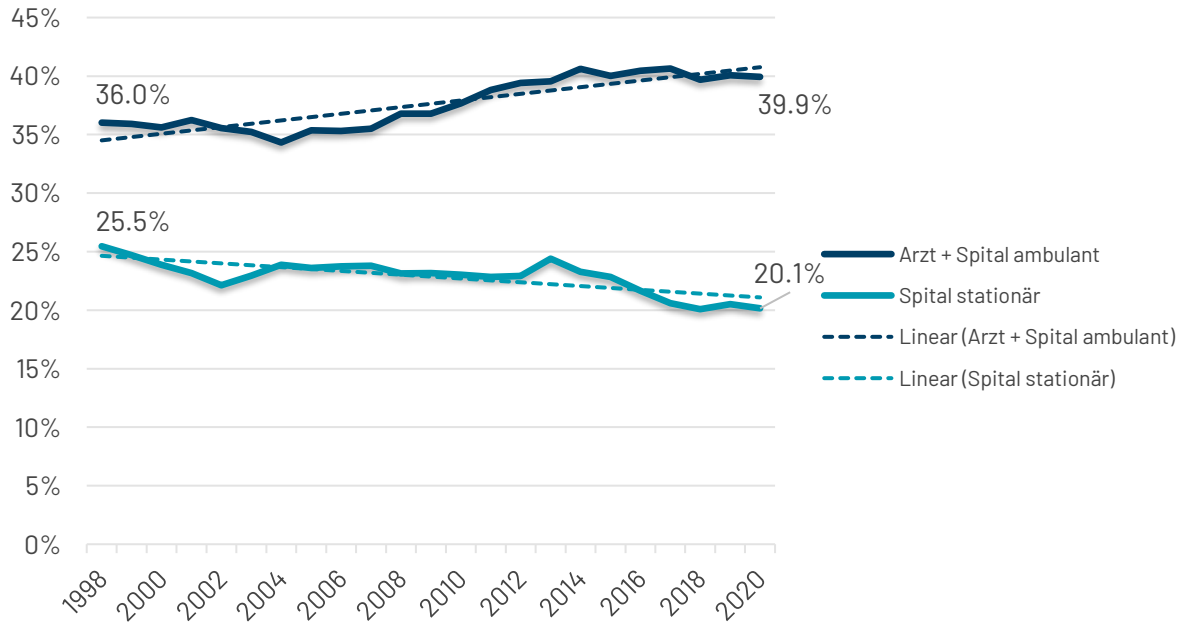
Abbildung 4: Jahreswerte des LK für die Positionen 6030 und 6059 seit 1983



Quelle: BFS (2021)

Entwicklung der relativen Anteil des ambulanten und stationären Kurativbereichs

Abbildung 5: Anteile am Gesamt der Bruttoleistungen seit 1998



Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2020, Bundesamt für Gesundheit (2022)