

tarifsuisse-Benchmarking für die DRG-Tarife 2021

SEPTEMBER 2020



tarifsuisse ag

tarifsuisse-Benchmarking für die DRG-Tarife 2021

ERLÄUTERUNG DES BENCHMARKINGS UND DEN DARAUS FOLGENDEN PREISVERHANDLUNGEN FÜR DIE TARIFE 2021

Ausgangslage

Die neue Spitalfinanzierung wurde per 1. 1. 2012 schweizweit eingeführt. Nebst der Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen auf Basis gesamtschweizerisch einheitlicher Strukturen wurde auch die Finanzierungsregelung angepasst (Art. 49 Abs. 1 KVG).

Die neue Finanzierungsregelung verbunden mit der zeitgleichen Einführung des DRG Fallpauschalensystems führte in der Anfangsphase zu erheblichen Diskussionen. Viele strittige Fragen konnten in der Zwischenzeit gerichtlich geklärt werden.

Unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung hat tarifsuisse ag das eigene Benchmarking überprüft und notwendige Anpassungen vorgenommen.

Das KVG konforme Benchmarking von tarifsuisse ag berücksichtigt folgende Punkte:

Gesamtschweizerische Betrachtung – Berücksichtigung der Grundgesamtheit aller akutsomatischen Spitäler.

Kein Benchmarking nach Kategorien – da dies im Widerspruch zur Grundidee eines schweizweiten, möglichst breit abgestützten Betriebsvergleiches stünde.

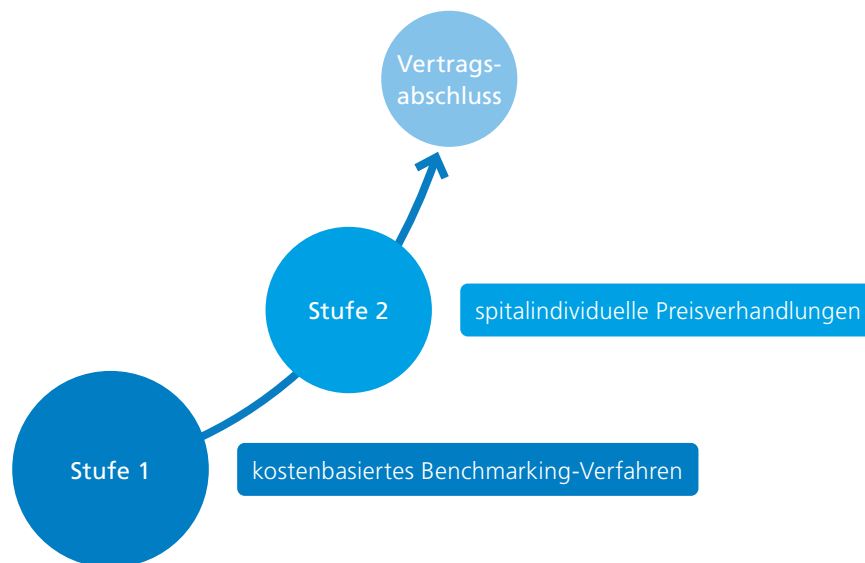
Effizienzmassstab – die Spitaltarife sollen sich an der Entschädigung jener Spitäler orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

Ausschluss von Spitälern – keine Berücksichtigung von Spitälern mit intransparenter Datengrundlage und Spitälern, die die Versorgungsleistung nicht in der notwendigen Qualität erbringen. Zudem werden auch Spitäler ausgeschlossen, die die Anlagenutzungskosten nicht nach VKL liefern.

Abzüge – die für das Benchmarking zugrunde liegenden kalkulierten Baserates sollen möglichst auf effektiven bzw. realitätsnahen Fallkosten basieren.

Zwei-Stufen-Modell: vom kostenbasierten Benchmarking zur spitalindividuellen Preisverhandlung

tarifsuisse ag setzt ein Zwei-Stufen-Modell für die Preisfindung ein. In einer ersten Stufe wird ein kostenbasiertes Benchmarking-Verfahren durchgeführt und der Benchmark-Wert für eine effiziente und günstige Leistung bestimmt. In einer zweiten Stufe finden pro Spital individuelle Preisverhandlungen statt; dabei ist der Benchmark-Wert ein wesentliches Element.



Benchmarking-Methode von tarifsuisse ag

Gemäss Art. 49 KVG müssen sich Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler orientieren, welche die tariferte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Dieser gesetzlichen Vorgabe, aber auch den erfolgten Bundesverwaltungsgerichtsurteilen zur neuen Spitalfinanzierung, will tarifsuisse ag mit ihrer Benchmarking-Methode gerecht werden. Die Berechnung des tarifsuisse-Benchmarkings beruht auf einer gesamtschweizerischen Betrachtung und berücksichtigt sämtliche Spitäler.

Ins Benchmarking fliessen möglichst realitätsnahe Kostendaten der Akutspitäler ein. Jährlich werden alle akutsomatischen Spitäler im Frühjahr aufgefordert, die für die Berechnung der benchmarking-relevanten Fallkosten notwendigen Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung zu stellen.

Bestimmung des Benchmark-Wertes

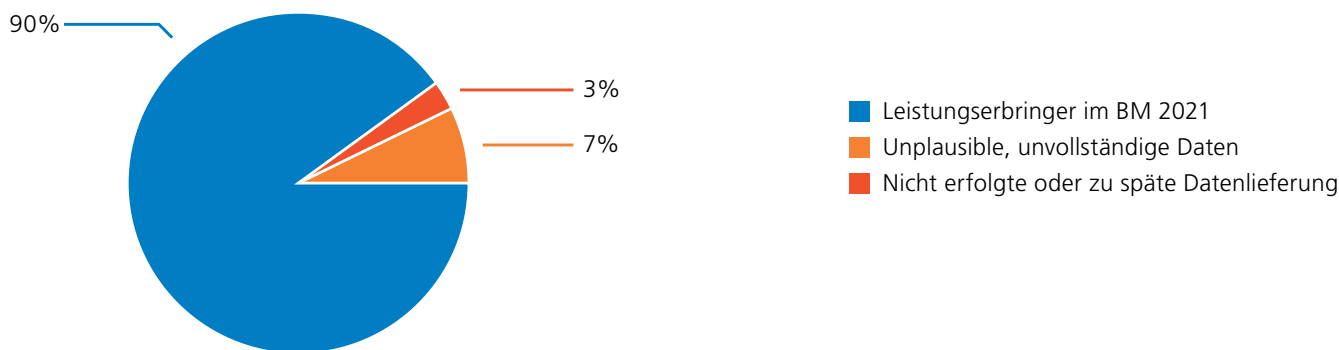
In einem ersten Schritt kalkuliert tarifsuisse auf der Grundlage der von den Spitälern eingereichten Kosten- und Leistungsdaten die benchmarking-relevanten KVG-Kosten. Unter Berücksichtigung der Leistungsmenge «Case-mix» werden die kalkulierten Baserates pro Spital bzw. Spitalgruppe zu 100% ermittelt. Im zweiten Schritt wird das Effizienzmass bestimmt, welches nach Ansicht von tarifsuisse ag Art. 49 KVG konsequent umsetzt und aufgrund der aktuellen Bedingungen sowie fristgerecht gelieferter Kosten- und Leistungsdaten gesamtschweizerisch vertretbar ist. Die Spitäler werden anhand der kalkulierten Baserates aufsteigend sortiert. Die Benchmark-Grösse wird ausgehend von der Anzahl Spitäler ermittelt, d.h. der Benchmark wird bei dem Spital gesetzt, welches in der Reihenfolge nach Fallkosten dem als effizient eingestuften Perzentil entspricht. Zusätzlich wird berücksichtigt, dass mind. zwei K111 oder K112 Spitäler eine tiefere kalkulierte Baserate als den Benchmark-Wert aufweisen. In einem letzten Schritt wird auf den Benchmark-Wert ein normativer Teuerungszuschlag gerechnet (vgl. Urteil BVGE in Sachen Luzerner Kantonsspital). Der jährliche Normteuerungszuschlag wird auf Basis des Lohnkostenindex sowie der mittleren Jahreststeuerung berechnet.

Auswertungen

Die für die Preise 2021 ins Benchmarking eingeflossenen Kosten- und Leistungsdaten basieren auf dem Datenjahr 2019.

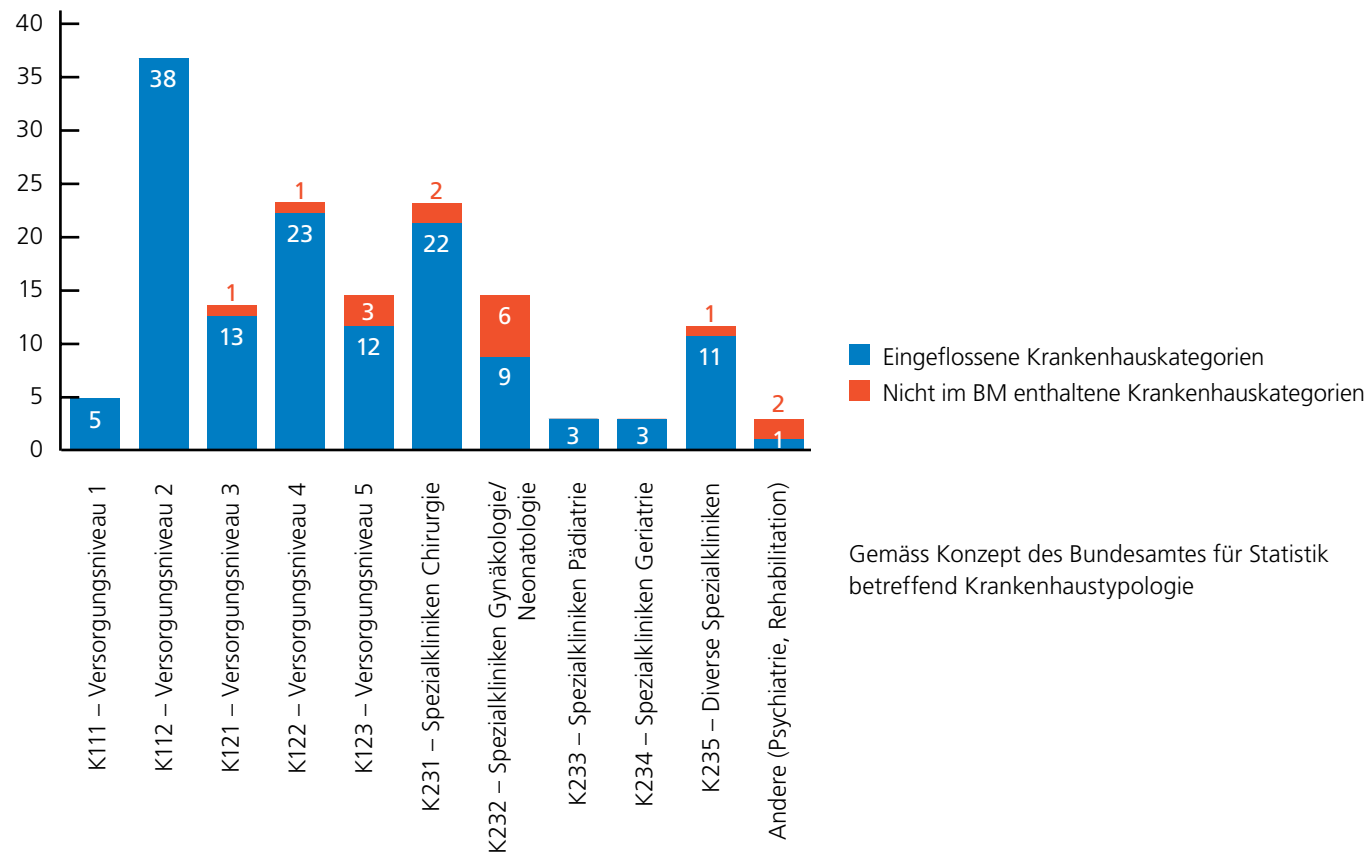
Insgesamt wurden für das Benchmarking der Tarife 2021 Kosten- und Leistungsdaten von 140 Leistungserbringern rechtzeitig und qualitativ genügend zur Verfügung gestellt. Dies entspricht 89.7% der gesamten Akutspitäler in der Schweiz. Fünf Leistungserbringer haben keine Daten zur Verfügung gestellt, einer davon schliesst Ende 2020. Elf weitere konnten aufgrund schlechter Datenqualität nicht berücksichtigt werden.

DATENGRUNDLAGE BENCHMARKING 2021



Die 140 im Benchmarking berücksichtigten Leistungserbringer decken folgende Spitalkategorien ab:

INS BENCHMARKING 2021 EINGEFLOSSENE SOWIE NICHT EINGEFLOSSENE LEISTUNGSERBRINGER



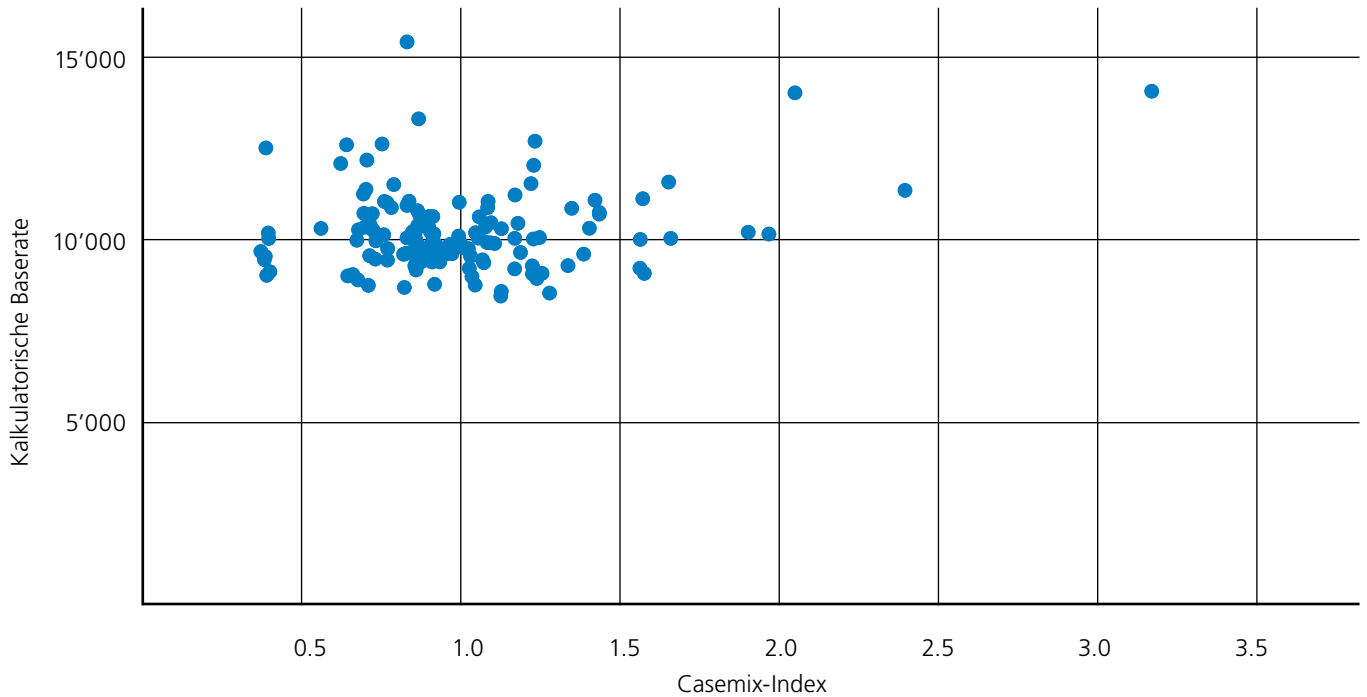
Bei den Zentrumsversorgern zeigt sich eine vollständige Abdeckung (K111 und K112). Nicht gänzlich vollständig ist die Abdeckung bei den kleineren Allgemeinspitälern (K122 und K123) sowie bei den Geburtshäusern und den Spezialkliniken. Wie schon letztes Jahr ist aber von jeder Kategorie mehr als die Hälfte der Leistungserbringer ins Benchmarking eingeflossen (ausser bei den „Anderen“, bei denen Leistungen nach Fallpauschalen nicht zum Hauptangebot gehören).

Die Anlagenutzungskosten sind gemäss der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) zu bewerten und für die Tarifverhandlungen zu verwenden. Während im Vorjahr 98.5% der Leistungserbringer die Bewertung der Anlagenutzungskosten nach VKL offengelegt haben, beträgt dieser Anteil nun 100%.

Analysen der Leistungs- und Kostendaten zeigen, dass keine Korrelation zwischen dem Casemix-Index und der kalkulierten Baserate besteht.

CASEMIX-INDEX (CMI) 2019

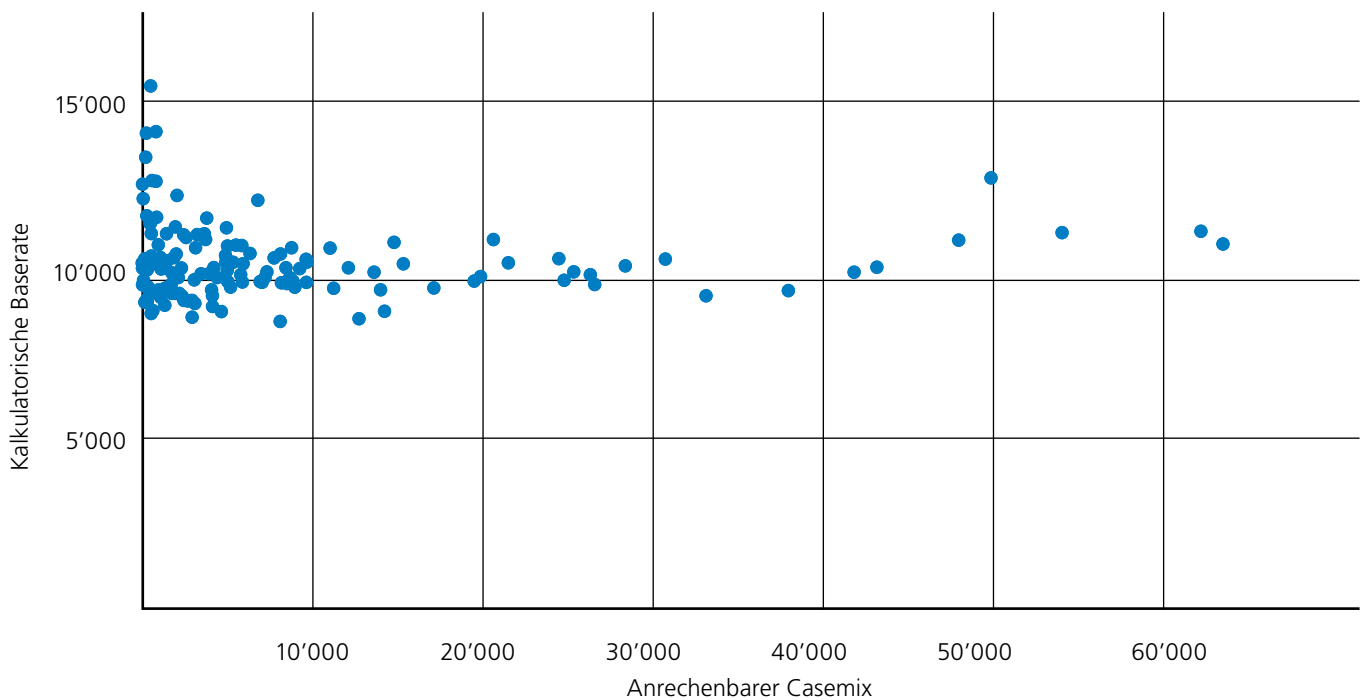
KALKULATORISCHE BASERATE OHNE TEUERUNG



Ebenso besteht keine Korrelation zwischen dem Casemix und der kalkulierten Baserate:

CASEMIX 2019

KALKULATORISCHE BASERATE OHNE TEUERUNG



Dies bedeutet, dass mit einem steigenden Volumen an behandelten Casemix-Punkten die kalkulierte Baserate nicht ebenfalls steigt. Dasselbe trifft auch auf den CMI-Wert zu. Mit andern Worten haben weder die Höhe des Casemix noch des Casemix-Index einen Einfluss auf die kalkulierte Baserate eines Leistungserbringers.

Benchmark-Wert

tarifsuisse ag beurteilt im Jahr 2021 die Effizienzgrösse beim ersten Quartil der Leistungserbringer als angemessen und gesetzeskonform. Von daher ergibt sich ein Benchmark-Wert inkl. Normteuerung und Anlagenutzungskosten für die Tarife 2021 von:

9'557 CHF

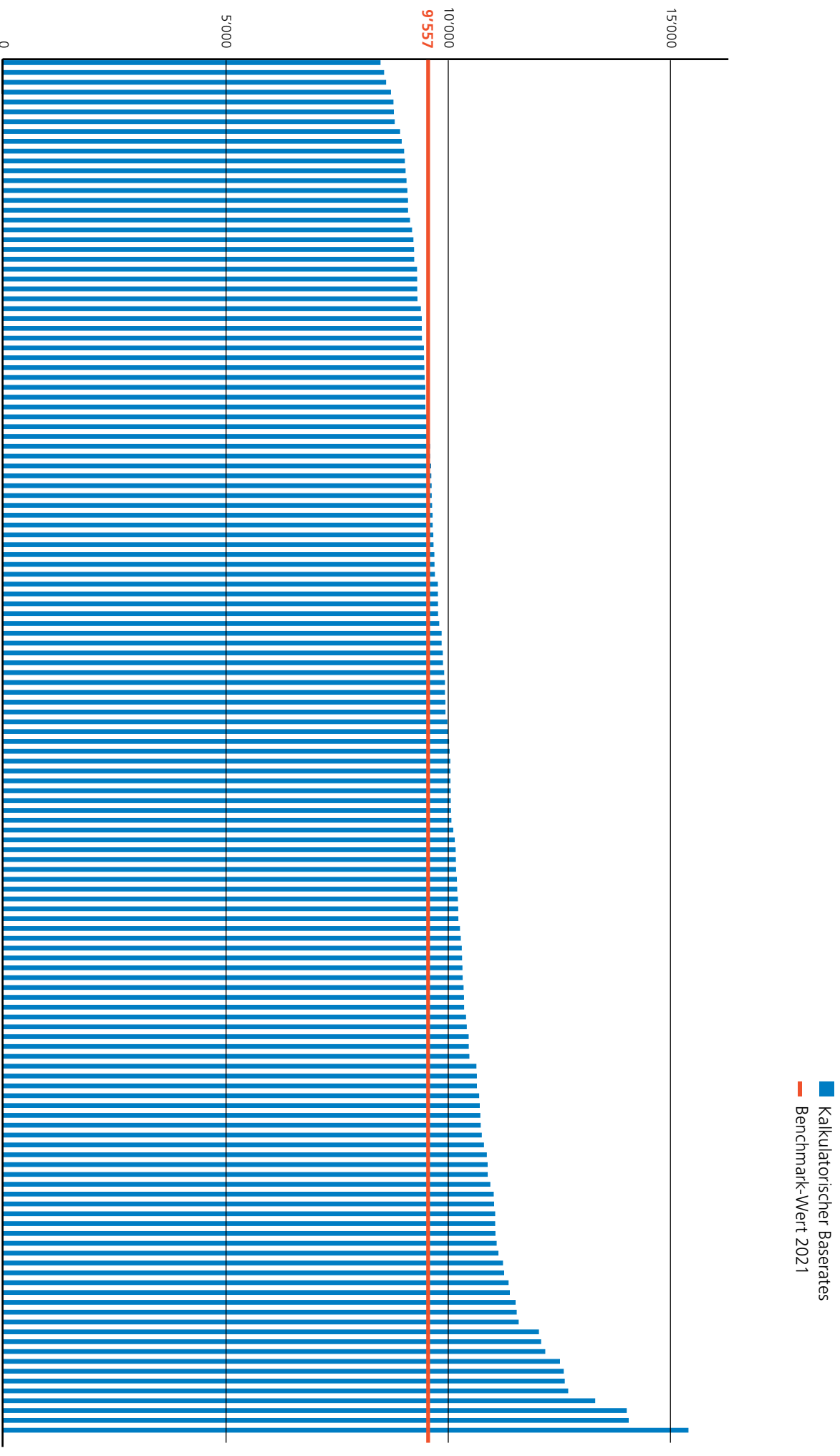
Es ist berücksichtigt, dass mindestens zwei K111- oder K112-Spitäler eine kalkulierte Baserate aufweisen, die unterhalb des Benchmark-Wertes liegt.

Spitalindividuelle Preisverhandlungen

Unter Berücksichtigung des Benchmark-Wertes werden nun in einer zweiten Stufe schweizweit spitalindividuelle Preisverhandlungen mit den Akutspitälern aufgenommen. tarifsuisse ag setzt sich für faire Lösungen mit den Leistungserbringern ein und legt den Fokus in den Verhandlungen klar auf das Interesse der Prämienzahrenden.

KALKULATORISCHE BASERATES

Kosten- und Leistungsbasis 2019, inklusive Anlagennutzungskosten, ohne Teuerung
(Benchmark-Wert von CHF 9'557 inkl. Teuerung)



Alle 140 ins Benchmarking eingeflossenen Leistungserbringer

tarifsuisse ag

Römerstrasse 20
Postfach 1561
4502 Solothurn

+41 32 625 47 00
info@tarifsuisse.ch
www.tarifsuisse.ch



tarifsuisse ag