

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Abteilung Gesundheit

22. Februar 2019

Nationales Benchmarking Tarifjahr 2018
des Kantons Aargau für stationäre Spitaltarife für das Tarifjahr 2018; Ergebnisse

1. Ausgangslage

Wie in den Vorjahren haben die Kantone auch für das Tarifjahr 2018 im Rahmen von Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsverfahren die im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vorgeschriebene Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommen. Die Standortkantone haben die Daten ihrer jeweiligen Leistungserbringer aus dem Datenjahr 2016 erhoben und gemäss aktueller Rechtsprechung, den Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie nach den von der GDK festgelegten Kriterien einheitlich plausibilisiert. Anschliessend wurden diese auf der Datenplattform der GDK allen anderen Kantonen für die Erstellung von schweizweiten Benchmarkings zur Verfügung gestellt.

Nach Auswertung der plausibilisierten Daten der Kantone konnte der grösste Teil der auf der GDK-Plattform eingereichten Daten für ein Benchmarking verwendet werden.

Tabelle 1: Eingereichte Datensätze auf der GDK-Plattform Datenjahr 2014 bis 2016

	Akutsomatik			Rehabilitation		
Tarifjahr	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Datenjahr	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Kantone	17	20	22	12	10	19
Spital/Klinik	100	110	132	34	45	73
Angebote	100	110	132	73	103	126

2. Publikation von Betriebsvergleichen durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Mit Schreiben vom 21. Dezember 2018 informierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) alle akutsomatischen Leistungserbringer und Geburtshäuser, dass mit Datenjahr 2018 (Tarifjahr 2020) der in Art. 49 Abs. 8 KVG vorgeschriebene schweizweite Betriebsvergleich erstmalig publiziert wird. Dafür wird auf die aus dem Datenaustausch der Kantone stammenden Daten abgestützt. Das dazu publizierte Vorgehenskonzept liegt dem erwähnten Schreiben des BAG bei.

Es ist darauf hinzuweisen, dass auch mit Publikation von schweizweiten Betriebsvergleichen nach Art. 49 Abs. 8 KVG durch das BAG die Erstellung von Benchmarkings im Rahmen von Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsverfahren immer noch im Ermessen eines jeden einzelnen Kantons

liegt. Aus dem Vorgehenskonzept des BAG ist ersichtlich, dass das BAG keine Benchmark-Methodik empfehlen oder einen eigenen Benchmark-Tarif veröffentlichen wird.

3. Benchmarking Allgemein

Grundsätzliche Voraussetzung für die Verwendbarkeit der Daten war, dass der jeweilige Standortkanton die Datensätze

- gemäss den einheitlichen formalen Kriterien der GDK aufbereitet hat;
- gemäss den zahlreichen Plausibilisierungskriterien der GDK als plausibel eingestuft hat;
- gemäss den Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der GDK gegebenenfalls korrigiert hat; beispielsweise zur Abgrenzung der Kosten für Gemeinwirtschaftliche Leistungen oder zum Ausweis der Anlagenutzungskosten, die gemäss Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 1. Januar 2009 auszuweisen sind;
- die Daten als "in einem nationalen Benchmarking verwendbar" deklariert hat.

Von den vorliegenden Datensätzen musste ein Teil hauptsächlich wegen ungenügender Datenqualität ausgeschlossen werden respektive weil der Standortkanton die Verwendung der Daten in einem schweizweiten Benchmarking nicht empfiehlt. Spitäler und Kliniken der Spitalkategorien Universitätsspital, reines Kinderspital oder Geburtshaus wurden ebenfalls aus dem Benchmarking ausgeschlossen und in einer eigenen Benchmark-Kategorie verglichen.

Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde insbesondere auf die einheitliche Berücksichtigung folgender Kriterien Wert gelegt:

- Korrektur der Anlagenutzungskosten von REKOLE® nach VKL
- Forschung und universitäre Lehre: Es muss mindestens die kantonale Abgeltung respektive Fr. 15'000.– je Assistenzärztin/Assistenzarzt angesetzt werden.
- Sonstige Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL): Es muss mindestens die kantonale Abgeltung angesetzt werden.
- Korrektur des Abzugs für Hotellerie-Leistungen an zusatzversicherten KVG-Patienten in der Akut-somatik gemäss der vom Bundesverwaltungsgericht bestätigten Methode der Gesundheitsdirektion Zürich. Der Abzug wurde mit Fr. 800.– je Fall Halbprivat Versicherter und Fr. 1'000.– je Fall Privat Versicherter vorgenommen.
- Korrektur des Abzugs für Hotellerie-Leistungen an zusatzversicherten KVG-Patienten in der stationären Rehabilitation und Psychiatrie gemäss GDK-Empfehlung. Der Abzug für die stationäre Rehabilitation wurde mit pauschal 9.8% von den mittleren benchmarkrelevanten Betriebskosten des Kostenträgers KVG Zusatzversicherte empfohlen. Der Abzug für die stationäre Psychiatrie wurde pauschal mit Fr. 67.– pro Pflage-tag der KVG Zusatzversicherten empfohlen.
- Korrektur des UV-Zinses gemäss Methode Preisüberwacher (PÜ). Die kalkulatorische UV-Verzinsung des Spitals nach REKOLE® wurde in Abzug gebracht. Die anschliessend zu berücksichtigende kalkulatorische Verzinsung gemäss Preisüberwacher wird aus dem Jahresmittel der Rendite für festverzinsliche Bundesobligationen über 10 Jahre ermittelt. Da die Rendite abermals negativ ausfällt, wurde auf die Korrektur gemäss PÜ verzichtet.

4. Benchmarking – Ergebnisse Akutsomatik - SwissDRG

Ergebnisse für stationäre Fallpauschalen der Akutsomatik im Überblick

Tarifjahr	2016	2017	2018
Datenjahr	2014	2015	2016
Anzahl Kantone	8	14	20
Anzahl Spitäler	55	76	89
Anzahl Fälle	308'142	638'322	683'803
Abbildungsgrad ganze Schweiz ¹	32.3%	65.8%	70.0%
CMI	0.961	0.991	0.981
Ø Anlagenutzungskosten VKL	8.9%	8.0%	8.2%
Methode ²	Anzahl Spitäler	Anzahl Spitäler	Anzahl Spitäler
Benchmark-Tarif	Fr. 9'615.–	Fr. 9'609.–	Fr. 9'583.–
+ Teuerung Vorjahr	0%	0%	0.43%
Referenzwert	Fr. 9'615.–	Fr. 9'609.–	Fr. 9'624.–

Als hoheitlich festzusetzende Basisfallwerte werden die oben genannten Referenzwerte als gerechtfertigt betrachtet.

Das Departement Gesundheit und Soziales behält sich im Rahmen von Festsetzungsverfahren vor zu überprüfen, ob spitalindividuelle Zu- oder Abschläge angemessen sind.

¹ Gemessen an der Fallzahl aus der Publikation Kennzahlen der Spitäler 2015 des Bundesamtes für Gesundheit BAG, behandelt in Akutspitälern mit Versorgungsniveau 2 bis 5 der Allgemeinspitäler: 954'000 Austritte ganze Schweiz des Jahres 2014; 970'104 Austritte ganze Schweiz des Jahres 2015; 976'508 Austritte ganze Schweiz des Jahres 2016.

² Das Perzentil wird nicht bekanntgegeben.

5. Benchmarking – Ergebnisse stationäre Rehabilitation

Für die Verwendbarkeit der Datensätze im Benchmarking zur stationären Rehabilitation galten die gleichen Beurteilungskriterien wie in der Akutsomatik. Auch hier musste ein Teil der vorliegenden Datensätze aus Datenqualitätsgründen ausgeschlossen werden. Die Spitalkategorie Universitätskliniken wurden ebenfalls ausgeschlossen. Für die Leistungsbereiche pädiatrische, sklerodermische, paraplegische Rehabilitation und Frührehabilitation wurde aufgrund der ungenügenden Anzahl an Angeboten kein Benchmarking erstellt.

Von den eingereichten Daten der stationären Rehabilitation konnten schliesslich Daten aus 14 Kantonen in 7 Leistungsbereichen mit insgesamt 99 Leistungsangeboten verglichen werden. Auf die ganze Schweiz bezogen entspricht dies im Datenjahr 2016 bei 1'078'986 Pflgetagen einem Abbildungsgrad von 45.9% zu den schweizweit erbrachten Pflgetagen in stationären Rehabilitationskliniken in Höhe von 2'350'069 (Publikation Kennzahlen der Spitäler 2016 des Bundesamtes für Gesundheit BAG). In den Vorjahren 2015 und 2014 ergab sich für das Datenjahr 2015 ein Abbildungsgrad von 38.5% und für das Datenjahr 2014 ein Abbildungsgrad von 26.0%.

Die Ermittlung der Referenzwerte erfolgte wie in den Vorjahren nach Pflgetagen gewichtet, beim 40. Perzentil, einschliesslich der Berücksichtigung eines Teuerungszuschlages in Höhe von 0.43%.

Ergebnisse für stationäre Tagespauschalen der Rehabilitation im Vergleich

Leistungsbereiche	Tarifjahr	Kantone	Angebote	Referenzwert
Geriatrisch	2016	5	8	Fr. 631.–
	2017	6	11	Fr. 705.–
	2018	8	13	Fr. 646.–
Internistisch/Onkologisch	2016	3	5	Fr. 640.–
	2017	5	9	Fr. 676.–
	2018	9	14	Fr. 713.–
Kardiovaskulär	2016	6	7	Fr. 579.–
	2017	5	7	Fr. 594.–
	2018	7	9	Fr. 574.–
Muskuloskelettal	2016	7	15	Fr. 595.–
	2017	8	24	Fr. 566.–
	2018	12	28	Fr. 558.–
Neurologisch	2016	4	8	Fr. 778.–
	2017	6	12	Fr. 737.–
	2018	8	15	Fr. 773.–
Psycho somatisch	2016	3	3	Fr. 588.–
	2017	4	7	Fr. 628.–
	2018	6	10	Fr. 586.–
Pulmonal	2016	3	4	Fr. 651.–
	2017	5	6	Fr. 631.–
	2018	8	10	Fr. 636.–

Es ist zu beachten, dass die bekanntgegebenen Referenzwerte der stationären Rehabilitation lediglich Basiswerte für die hoheitlich festzusetzenden Tarife im Rahmen von Tariffestsetzungsverfahren darstellen. Das Departement Gesundheit und Soziales behält sich vor, im Rahmen von Festsetzungsverfahren zu überprüfen, ob spitalindividuelle Zu- oder Abschläge angemessen sind. Es werden dazu weitere Kennzahlen bei den betroffenen Vergleichskliniken erhoben, welche bei der Beurteilung der festzusetzenden Tagespauschale einfließen müssen.

6. Stationäre Psychiatrie - TARPSY

Am 25. Oktober 2017 hat der Bundesrat die neue, schweizweit einheitliche Tarifstruktur TARPSY für den stationären Bereich der Psychiatrie genehmigt. Damit sollen – analog zu den Fallpauschalen im akutsomatischen Bereich – alle stationären psychiatrischen Behandlungen mit leistungsbezogenen Fallpauschalen vergütet werden. Seit dem 1. Januar 2018 werden dementsprechend alle stationären Aufenthalte in der Psychiatrie mit der neuen Tarifstruktur TARPSY unter Berücksichtigung einer Übergangsregelung abgerechnet. Die Übergangsregelung gilt gemäss Vereinbarung der Vertragspartner im Rahmen des Tarifstrukturvertrags TARPSY für die Jahre 2018 und 2019.

Auch für die neuen TARPSY Tarife hat die Genehmigungsbehörde gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG zu prüfen, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Dementsprechend ist auch für die Genehmigung der neuen TARPSY Tarife 2018 eine Wirtschaftlichkeitsprüfung einschliesslich eines nationalen Benchmarkings vorzunehmen. Die Bedingungen für ein aussagekräftiges Benchmarking mit Daten aus dem Datenjahr 2016 im Rahmen der neuen TARPSY Tarifstruktur sind jedoch wegen zu schlechter Datenqualität noch nicht gegeben. Alle TARPSY Leistungsdaten des Datenjahres 2016 wurden zwar aufgrund von ersten Simulationen, Schätzungen oder teilweise auch echten Buchungen, parallel zum alten Abrechnungssystem, ermittelt. Die ersten echten, vollständigen und verwendbaren TARPSY Daten werden aber erst mit dem Datenjahr 2018 vorliegen.

Gemäss Art. 59c Abs. 1 lit. c der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) darf der Wechsel eines Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen. Daher erfolgt für das Tarifjahr 2018 eine kostenneutrale und spitalindividuelle Umrechnung der bisher geltenden Tagespauschalen 2017 auf die neue Tarifstruktur TARPSY 2018 Version 1.0 Übergangsregelung.