EINKAUFSGEMEINSCHAFT
COMMUNAUTÉ D'ACHAT
COOPERATIVA DI ACQUISTI

Einkaufsgemeinschaft HSK
Benchmark TARPSY
Tarifjahr 2019

Fact sheet | Oktober 2018

Inhalt

Inhalt **2**

1. Ausgangslage **3**

1.1 Leitplanken für das Benchmarkverfahren 3

2. Grundlagen und Methodik **4**

2.1 Grundsätzliches | Methodik 4
2.2 Datentransparenz und -Plausibilisierung 4
2.3 Einbezogene Kliniken 4
2.4 Ausgeschlossene Kliniken 4
2.5 Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten 5
2.6 Wahl des Perzentils 6

3. Benchmark TARPSY **7**

3.1 Kosten-Benchmark TARPSY 7
3.2 Verhandelte Tarife TARPSY 8

4. Zusammenfassung **9**

1. Ausgangslage

1.1 Leitplanken für das Benchmarkverfahren

Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) legt fest, dass das Benchmarkverfahren idealtypisch schweizweit, kostenbasiert im Rahmen einer Vollerhebung und mit einem nationalen Referenzwert erfolgen soll.

Die wichtigsten Rahmenbedingungen des BVGer sind:

Zweistufiger Preisfindungsmechanismus (1. Stufe = Benchmark (BM, Referenzwert), 2. Stufe = individuelle Preisverhandlungen). Der Benchmark ist demzufolge als Richtwert für die klinikindividuellen Verhandlungen zu betrachten.

- Das Benchmarking muss grundsätzlich kostenbasiert erfolgen (benchmarkrelevante Betriebskosten der Kliniken). Abzüge (z.B. wegen Intransparenz) dürfen nicht in das Benchmarkverfahren einfliessen.
- Der Benchmark soll schweizweit mit einem idealerweise auch schweizweiten Referenzwert erfolgen.
- Der Benchmark soll eine möglichst grosse und für alle Kliniken repräsentative Vergleichsmenge umfassen, um unter anderem frei von Wettbewerbsverzerrungen zu sein. Nicht zulässig ist ein Benchmarkverfahren, in welchem bestimmte Kliniken vorselektiert werden.
- Die zu vergleichenden benchmarkrelevanten Kosten- und Leistungsdaten sollen für alle Kliniken nach einheitlicher Methode, möglichst genau und realitätsnah ermittelt werden.
- Anstelle von normativen Werten soll der Benchmark möglichst auf effektiven Zahlen basieren.
- Je geringer die Anzahl Kliniken im Benchmark, desto höher die Anforderungen an eine korrekte Ermittlung der benchmarkrelevanten Betriebskosten.
- Unzulässig ist, wenn der Benchmark bei einem Klinik gesetzt wird, dessen benchmarkrelevanten Betriebskosten nicht KVG-konform erhoben wurden.

2. Grundlagen und Methodik

2.1 Grundsätzliches | Methodik

Weil im Bereich TARPSY noch kein nationaler Benchmark vorliegt, führte die Einkaufsgemeinschaft HSK erstmals ein eigenes Benchmarkverfahren durch. Für die Berechnung des Basispreises stützt sich HSK auf die Datenlieferung der Kliniken (ITAR_K) und führt auf der Basis des eigenen Tarifmodells Tarifberechnungen durch.

Das BVGer gibt vor, dass bei der Preisfindung und Wirtschaftlichkeitsprüfung sämtliche Kosten- und Leistungsdaten der Kliniken sachverhaltsrelevant sind. Deshalb fordert HSK die ITAR_K Vollversion (Leistungen und Kosten) inklusive den detaillierten Ausweis des spitalambulanten Bereichs.

2.2 Datentransparenz und -Plausibilisierung

Die gelieferten Daten werden von HSK anhand verschiedener Kriterien auf ihre Plausibilität überprüft. Dazu gehören:

- Abgleich der Finanz- und Betriebsbuchhaltung
- Abgleich zwischen Kostenträgerausweis und ITAR-K-Ausweis.
- Systematische Datenvergleiche mit den Vorjahren
- Vergleich aktueller TARPSY relevanter Zusatzinformationen mit jenen vom Vorjahr (Pflegetage brutto/netto, Daymix (DM), Daymixindex (DMI) und Austritte)

Die Kriterien der Vollständigkeit und Plausibilität der Datenlieferung werden pro Klinik beziehungsweise Datenlieferung beurteilt und gelten als Ausschlusskriterien beim Benchmarkingverfahren.

2.3 Einbezogene Kliniken

Für den Benchmark wurden 48 Kliniken mit einem psychiatrischen Leistungsauftrag berücksichtigt.

2.4 Ausgeschlossene Kliniken

Aus folgenden Gründen wurden 13 Kliniken ausgeschlossen:

- ITAR_K Daten oder TARPSY relevante Zusatzinformationen (DM/DMI) waren nicht plausibel
- Anlagenutzungskosten (ANK) waren nur nach REKOLE ausgewiesen
- Es wurden keine Daten geliefert oder sie konnten wegen zu später Lieferung nicht mehr plausibilisiert werden
- Spezialfälle (Klinik SOMOSA, Klinik für Schlafmedizin, Forensische Kliniken)

2.5 Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten

Die Berechnung erfolgt in Analogie zur Akutsomatik gemäss folgendem Schema:

Berechnungsschema	Bemerkungen
Total Kosten gemäss BeBu (Stückrechnung)	
./. Anlagenutzungskosten (ANK)	Angaben Kliniken (VKL)
./. Erlöse Kontogruppe 65	Angaben Kliniken, gemäss Anleitung ITAR_K© erfolgt dies nach Vorgaben BVGer
+ Aufrechnung Erlöse Kontogruppe 66	sofern kostenmindernd in Kostenstelle geführt, Angaben der Kliniken
./. Arzthonorare Zusatzversicherte	Angaben Kliniken
= Nettobetriebskosten I (NBK)	
./. Subsidiärer Abzug für universitäre L+F	Abzug effektiv, mindestens jedoch normativ < 75 Betten: 0.8% > 75 Betten: 1.5% > 125 Betten: 3.5% Universitätsspitäler: effektiv
./. Gemeinwirtschaftliche Leistungen	gemäss Angaben der Kliniken weil HSK nicht verifizieren kann, ob sämtliche gemeinwirtschaftlichen Leistungen deklariert sind
= Nettobetriebskosten II (NBK)	
./. Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten	HSK wendet flächendeckend den Ansatz GDK-Ost an[1]: ▪ pro Fall HP: CHF 800 ▪ pro Fall P: CHF 1'000 Gewichtung HP/P nach Versichertenmix HSK
./. nicht in der BR enthaltene Kosten (unbewertete DRG, Zusatzentgelte, separat tarifierte Leistungen)	Angaben der Kliniken
Teuerung	im BM nicht enthalten
Projektionskosten	im BM nicht enthalten
Intransparenz-Abzüge	im BM nicht enthalten
Anlagenutzungskosten (ANK)	Anlagenutzungskosten nach der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) - der prozentuale Anteil der ANK variiert, konnte jedoch mehrheitlich mit der Anlagebuchhaltung (Datenlieferung BFS) plausibilisiert werden.

[1] gemäss Rechtsprechung (BVGer C 2283/2013 und C 3617/2013) ist der Ansatz nach der Methodik der GDK-Ost gestützt, insbesondere um sicherzustellen, dass die Abzüge für Mehrkosten VVG nicht zu tief anfallen.

Berechnungsschema	Bemerkungen
= Benchmarkrelevante Betriebskosten (BRB) HSK	

2.6 Wahl des Perzentils

Gemäss Art. 49 KVG haben sich die Basispreise an der Entschädigung jener Kliniken zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Das BVGer hat sich bisher nicht zum «richtigen» Massstab oder Perzentil-Wert geäussert mit welchem dieser Richtwert für die Tariffindung definiert werden soll.

HSK hat aufgrund der Einführungsphase von TARPSY, in Analogie zur Einführungsphase von DRG, das Perzentil relativ hoch bei 40% festgelegt. Die Wahl des 40. Perzentil wurde damals auch vom BVGer gestützt (BVGer C 2283/2013 und C 3617/2013). Das BVG hat jedoch in seinem Urteil vom 12.04.2018 (C2921/2014) erwähnt, dass die Tatsache, dass die Spitaltarife nicht aus einem effektiven Wettbewerb zwischen den Spitäler resultieren, spricht für eine strikte Anwendung des Kriteriums der Effizienz der erbrachten Leistungen, d.h. konkret die Festlegung einer niedrigen Perzentil.[1]

[1] Die HSK hat für das Tarifjahr 2019 den 25. Perzentil im Bereich SwissDRG verwendet.

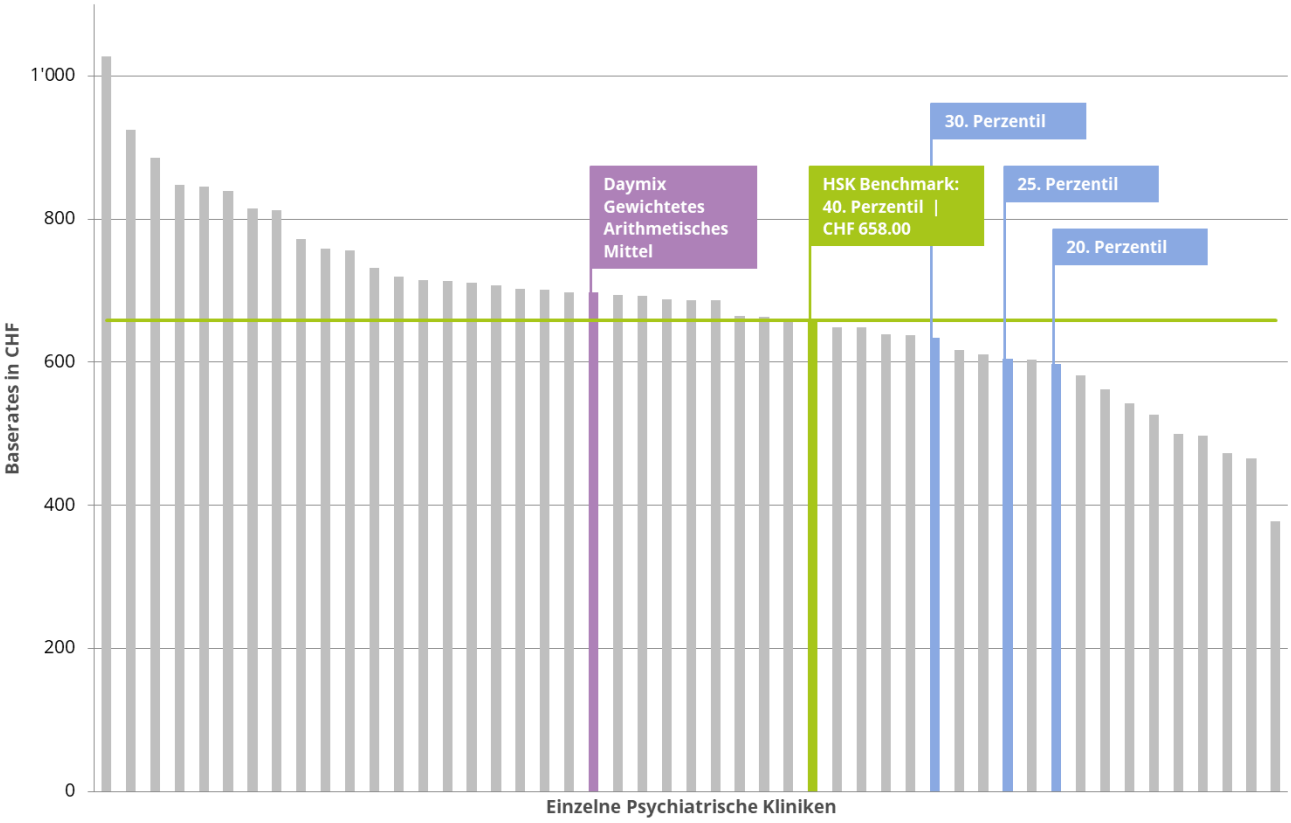
3. Benchmark TARPSY

3.1 Kosten-Benchmark TARPSY

Der HSK-Benchmark ist repräsentativ und valide:

- Er basiert auf plausibilisierten Daten von 48 Kliniken, verteilt über 18 Kantone
- Er enthält Daten aller Typen von psychiatrischen Kliniken (Suchtkliniken, Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken, Psychiatrische Kliniken für Erwachsene, gemischte Psychiatrische Kliniken, Psychiatrische Universitätskliniken)
- Es wurde eine gesamtschweizerisch einheitliche Berechnungsmethode gewählt

Abb.: HSK Kosten-Benchmark TARPSY



3.2 Verhandelte Tarife TARPSY

Für das Tarifjahr 2018 liegen über fast alle Kliniken im Bereich der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie vereinbarte Basispreise vor. Gesamtschweizerisch liegt der Mittelwert bei 660 Franken.

Abb.: Verhandelte Tarife TARPSY

4. Zusammenfassung

Benchmarkwert

- beträgt für das Tarifjahr 2019 **658 Franken.**
- wird auf der Basis des 40. Perzentils festgelegt und ist für die Bestimmung des Referenzwerts nach Art. 49 Abs. 2 Satz 5 KVG datenbasiert begründet.
- ist **valide** und **repräsentativ** mit der Abdeckung von 48 Kliniken aus 18 Kantonen.
- ist mit dem Einbezug sämtlicher Typen von psychiatrischen Kliniken valide.
- ist mit dem Mittelwert von 660 Franken über alle verhandelten Basistarife 2018 plausibel.
- bildet die erste Stufe der Preisfindung, gefolgt von den individuellen Preisverhandlung mit den einzelnen Kliniken.

Mängel sind noch vorhanden

- Die Zählweise der Pflegetage und Berechnung des DM/DMI ist wenig kongruent.
- Die Beurteilbarkeit der Wirtschaftlichkeit ist aufgrund der nicht vollständigen Offenlegung der Kosten- und Leistungsdaten durch die Kliniken noch eingeschränkt. Im Benchmarkwert sind die ANK ausschliesslich nach VKL enthalten.
- HSK kann nicht ausschliessen, dass der Benchmark durch wettbewerbsverzerrende Elemente wie die Subventionierung von Spitälern in Form von «gemeinwirtschaftlichen Leistungen» oder von Beiträgen an Investitionskosten ungleiche Gegebenheiten berücksichtigt.
- Ebenso wenig kann ausgeschlossen werden, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen, welche nicht durch das KVG zu finanzieren sind, in den Benchmarking relevanten Kosten enthalten sind – insbesondere die Kosten für die Erhaltung von Klinikkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen.
- Die Berechnung der Kosten für die universitäre Lehre und Forschung erfolgt nach normativen Ansätzen mit Ausnahme der Kliniken, welche ihre effektiven Kosten höher als die normativen Berechnungen ausgewiesen haben.

Weiterentwicklung des Benchmarking TARPSY

HSK wird die Erfahrungen aus dem Benchmarking DRG in den Aufbau des Benchmarking TARPSY einfliessen lassen und kontinuierlich weiterentwickeln.