

Simulation der neuen ambulanten Tarife

Dr. med. Rainer Müller

Luzern, 3. Juni 2024

eonum
EVOLVING SOFTWARE



Agenda



- | | | |
|----------|---|-----------------|
| 1 | Herausforderungen mit dem Wechsel der ambulanten Tarife | Seite 3 |
| 2 | Ziele & Nutzen einer Tarifsimulation | Seite 8 |
| 3 | Ablauf einer Tarifsimulation | Seite 10 |
| 4 | Erkenntnisse aus unseren Analysen | Seite 18 |
| 5 | Fazit | Seite 29 |



Herausforderungen mit dem Wechsel der ambulanten Tarife



Ausgangslage

Zum aktuellen Zeitpunkt bestehen verschiedene Unsicherheiten, u.a.:

- Wann werden die neuen Tarife eingeführt?
- Wie gross wird der Anteil der ambulanten Pauschalen, bzw. von TARDOC?
- Inwiefern verändert sich die Vergütung meiner Institution, einzelner Fachrichtungen oder meiner Produkte (Medikamente, Implantate, etc.)?
- Wie aufwendig ist die Umstellung für meine Organisation? Wie viele Ressourcen muss ich dafür bereitstellen?
- etc...

Strategische Fragestellungen



Wie wird ein **“Projekt” zur Tarifumstellung aufgegleist**? Welche Abteilung übernimmt den Lead und wer muss alles involviert werden?



Trotz gesamthaft kostenneutraler Einführung wird sich die Vergütung einzelner Fachrichtungen verändern. Welche **Fachrichtungen** werden **zukünftig besser oder schlechter vergütet**?



Soll ein **individuell berechneter Startpreis** (Baserate bei Einführung der ambulanten Pauschalen) beantragt werden?



Die Vergütung im ambulanten Bereich wird sich **grundlegend verändern**. Was bedeutet dies bspw. bei der Vergütung von Medikamenten oder Implantaten?

Operative Herausforderungen



Die **neue Leistungserfassung** und deren **Prozesse** müssen innerhalb der Organisation etabliert werden.



Die neue Falldefinition mit **Patientenkontakten** muss administrativ umgesetzt werden.



In der Kostenrechnung fungiert neu der **Patientenkontakt als Kostenträger**. Die Kostenrechnung sollte sich nicht mehr an den Tarifpositionen orientieren.



Sowohl die Leistungserfassung als auch die neue Falldefinition und Kostenrechnung müssen **technisch** im KIS / PIS / ERP integriert werden.

Exkurs: Definition der Patientenkontakte



TARMED

- Keine einheitliche Fallführung im ambulanten Bereich
- "Fälle" beinhalten unterschiedlich viele Konsultationen
- Je nach Fachrichtung, Spital, etc. unterschiedlich

Ambulante Pauschalen & TARDOC

- Patientenkontakt als "tarifarischer Fall"
- Im einfachsten Fall:
 - Alle Leistungen innerhalb eines Kalendertages innerhalb eines Capitula (Diagnosegruppe)
 - Zusätzlich Leistungen, wie Berichte, Laboranalysen, Leistungen in Abwesenheit, etc.
- Verschiedene Spezialfälle



Ziele & Nutzen einer Tarifsimulation

Ziele & Nutzen einer Tarifsimulation



Eine **Einschätzung der Relevanz** der ambulanten Pauschalen für das Gesamtspital und einzelne Fachbereiche erfolgt durch die Berechnung des **Pauschalierungsgrades**.



Die **ertragsneutrale Baserate** dient als wichtige Kenngrösse und zur Entscheidungsunterstützung, ob es sich lohnt einen **individuellen Startpreis** zu verhandeln.



Kenntnisse über den **zukünftigen Deckungsgrad** einzelner Fachrichtungen und Organisationseinheiten vermitteln **Planungssicherheit**.

Grundlage für operative und strategische Entscheidungen rund um die Einführung der ambulanten Pauschalen (Tarifverhandlungen, Prozesse, Leistungsangebot, etc.)



Ablauf einer Tarifsimulation

Ablauf





Datenaufbereitung

Vor der Tarifsimulation müssen die Daten aufbereitet werden:

- Bildung eines neuen Patientenkontaktes pro Tag bei Vorliegen einer falldefinierenden Leistung und Zuordnung weiterer Leistungen (und Berücksichtigung weiterer Regeln gemäss Falldefinition)
 - Durchschnittlich: Bildung von rund 2 Patientenkontakten pro Falldossier
- Bereinigung von separat abrechenbaren Leistungen und Kosten (bspw. Blutprodukte, mitgegebene Heilmittel & Implantate)
- Verteilung der Kosten auf einzelne Patientenkontakte

**Resultat: Daten in Form von einzelnen Patientenkontakten,
die zur Gruppierung verwendet werden können**

Ablauf





Tarifsimulation & Plausibilisierung

- Gruppierung der Patientenkontakte mit dem Simulationsgrouper der ambulanten Pauschalen
- Plausibilisierung der Fallmenge mit Ausschluss von “unplausiblen” Patientenkontakten (bspw. unvollständige Leistungen/Kosten, Notfälle über Mitternacht, etc.)
 - In unseren Projekten: Anteil von 5 - 15 % an “unplausiblen” Patientenkontakten
- Berücksichtigung extern erbrachter Leistungen

Resultat: Gruppierte Patientenkontakte, die zur Durchführung verschiedener Analysen verwendet werden können

Ablauf



Exkurs: Aufbau der ambulanten Pauschalen

Gruppierung

**Relatives
Kostengewicht**

Basierend auf Entscheidungsbaum
und realen ambulanten Leistungs-
und Kostendaten, in der
Verantwortung der OAA AG

Preis

**Baserate, bzw.
Startpreis (in CHF)**

Basierend auf Verhandlungen
zwischen Leistungserbringern und
Kostenträgern (resp. deren
Organisationen)

X

=

Vergütung

**Ausbezahlter
Endbetrag (in CHF)**

Analyseergebnisse

Gruppierung



- Pauschalierungsgrad insgesamt
- Pauschalierungsgrad einzelner Fachrichtungen
- Verteilung auf einzelne Capitula
- Verteilung auf einzelne Fallgruppen

X

Preis



- Berechnung einer ertragsneutralen Baserate (möglicher Startpreis)
- Berechnung einer theoretischen Baserate (für einen Nullgewinn)

=

Vergütung



- Berechnung der Vergütung der einzelnen Capitula und Pauschalen
- Berechnung des Deckungsgrades der einzelnen Fachbereiche



Erkenntnisse aus unseren Analysen

Exkurs: Pauschalierungsgrad

Der Pauschalierungsgrad ist eine Prozentzahl, die verwendet werden kann, um die Relevanz der ambulanten Pauschalen einzuschätzen. Grundsätzlich können drei verschiedene Pauschalierungsgrade betrachtet werden:

Pauschalierungsgrad Patientenkontakte

Anteil der Patientenkontakte, welche zukünftig in die ambulanten Pauschalen fallen werden

Pauschalierungsgrad Ertragsvolumen

Anteil des Ertrags, welcher zukünftig in den ambulanten Pauschalen anfallen wird

Pauschalierungsgrad Kosten

Anteil der Kosten, welche zukünftig in den ambulanten Pauschalen anfallen wird

Zum jetzigen Zeitpunkt sind insbesondere diese beiden Werte relevant



Erkenntnisse zum Pauschalierungsgrad

Im spitalambulanten Bereich fanden sich im Rahmen unserer Projekte folgende Werte:

- Pauschalierungsgrad (hinsichtlich Patientenkontakten): **zwischen 5 - 30 %**
 - Durchschnittlicher Abdeckungsgrad gemäss STS (Vorgängerin der OAAT): 18.5 %

- Pauschalierungsgrad (hinsichtlich Ertragsvolumen): **zwischen 10 - 60 %**
 - Durchschnittlicher Abdeckungsgrad gemäss STS: 43.9 %



Exkurs: Baserate / Startpreis

Die Baserate ist der Frankenbetrag, mit dem das relative Kostengewicht multipliziert wird (Vergleich SwissDRG System), um die Vergütung in CHF zu erhalten.

Der Startpreis definiert die Baserate zum Zeitpunkt der Einführung der ambulanten Pauschalen:

- Gemäss Tarifstrukturvertrag wird pro Kanton je ein Startpreis für den spitalambulanten und den niedergelassenen Bereich definiert
- Leistungserbringer mit breitem Leistungsspektrum können einen individuell berechneten Startpreis beantragen



Exkurs: Baserate / Startpreis

Im Rahmen einer Tarifsimulation können zwei unterschiedliche Baserates pro Institution berechnet werden, um den Startpreis zu beurteilen:

Ertragsneutrale Baserate (möglicher Startpreis)	Kostenneutrale Baserate
Summe Erträge / Casemix (Summe Kostengewichte)	Summe Kosten / Casemix (Summe Kostengewichte)



Erkenntnisse zur Baserate / Startpreis

Im spitalambulanten Bereich fanden sich im Rahmen unserer Projekte folgende Werte:

- Ertragsneutrale Baserate (möglicher Startpreis): **zwischen 350 - 500 CHF**
 - Durchschnittlicher bisherige Erlöse gemäss STS: 400 CHF

- Kostenneutrale Baserate (für einen Nullgewinn): **zwischen 380 - 570 CHF**

Weitere Erkenntnisse

Im spitalambulanten Bereich fanden sich im Rahmen unserer Projekte folgende Werte:

- Rund **80 % der pauschalierten Patientenkontakte** eines Spitals mit breitem Leistungsspektrum werden innerhalb von **20 Pauschalen** abgebildet
- Die **durchschnittlichen Kosten** pro pauschaliertem Patientenkontakt liegen bei **700 - 1'500 CHF**
 - Bei Patientenkontakten, die zukünftig über TARDOC abgerechnet werden, betragen die durchschnittlichen Kosten 390 - 550 CHF

Weitere Erkenntnisse

Im spitalambulanten Bereich fanden sich im Rahmen unserer Projekte folgende Werte:

- Der **CMI** (durchschnittliches Kostengewicht) der einzelnen Spitäler lag zwischen **1.5 und 2.65**
- Die **Vergütung einzelner Fachrichtungen** wird sich durch die Einführung der ambulanten Pauschalen stark verändern
 - Veränderungen zwischen - **60 % bis zu + 120 %**



Fazit

Fazit

1

Die **Tarifumstellung** stellt alle Institutionen vor **komplexe Herausforderungen**. Verschiedenste Bereiche (Strategie, IT, Prozessmanagement, Finanzen etc.) werden davon tangiert.

2

Die Ergebnisse einer Tarifsimulation stellen die **Grundlage** für **strategische und operative Überlegungen** dar, um zukunftsgerichtete Entscheidungen treffen zu können.

3

Die einzelnen Kennzahlen **unterscheiden sich je nach Spital stark**. Eine Auseinandersetzung mit der Thematik ist daher zielführend.

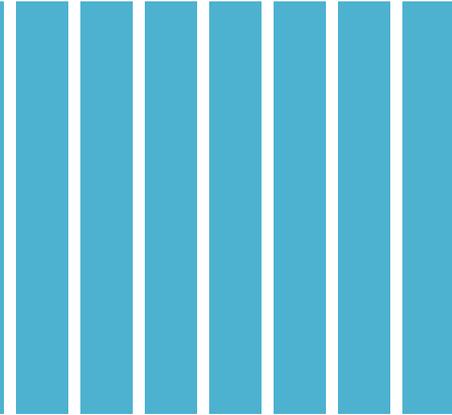
4

Die **Vergütung einzelner Fachrichtungen** wird sich unterschiedlich stark verändern. Dies kann je nach Leistungsangebot **finanzielle Implikationen** mit sich bringen.





Q & A



Ansprechspersonen



Tim Peter

Geschäftsführer & Gründer

MsC Computer Science

tim.peter@eonom.ch



Tess Hoppeler

Beraterin & Projektleiterin

MA Health Economics and Management

tess.hoppeler@eonom.ch



Dr. med. Rainer Müller

Berater & Projektleiter

Medical Doctor & BsC Cand. BA

rainer.mueller@eonom.ch