

Auszug aus dem Tarifstrukturvertrag

Teil IV: Monitoring, Korrekturmassnahmen und Normierung Folgeversionen

1. Zweck

- 1 Die folgenden Bestimmungen regeln den Übergang von der bisher angewendeten Tarifstruktur TARMED zur neuen, national einheitlichen Tarifstruktur (ambulante DRG in Kombination mit Einzelleistungstarif (aDRG+ELT)) und stellen die Umsetzung von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV durch ein 2-jähriges Monitoring inkl. verbindlicher Korrekturmassnahmen dar (Teil IV, Ziffer 2 – 10).
- 2 Weiter verpflichten sich die Vertragspartner zur Umsetzung der Normierung der Folgeversionen (Teil IV, Ziffer 11).

2. Monitorisierte Grössen

2.1. Case-Mix-Index^{national} (CMI^{national})

- 1 Der CMI^{national} berechnet sich aus der Summe aller Kostengewichte der ambulanten Patientenkontakte dividiert durch die Summe aller ambulanten Patientenkontakte im Anwendungsbereich von aDRG+ELT.
- 2 Es werden keine Korrekturmassnahmen ergriffen, wenn der CMI^{national} im Jahr 202x und im Jahr 202x+1 einen vorgegebenen Wert (Zielkorridor) nicht unter- oder überschreitet.

2.2. Anzahl ambulante Patientenkontakte national (aPatK^{national})

- 1 Die aPatK^{national} des Referenzjahres, welche für die Simulation und Berechnung des CMI^{national} des Referenzjahres verwendet werden, entsprechen einer gemeinsam definierten repräsentativen Stichprobe oder einer Vollerhebung.
- 2 Die aPatK^{national} der monitorisierten Jahre, welche für die Berechnung des CMI^{national} verwendet werden, entsprechen der gemeinsame definierten repräsentativen Stichprobe des Referenzjahres oder der Vollerhebung.
- 3 Die Entwicklung der aPatK^{national} wird monitorisiert. Hierzu werden keine Korrekturmassnahmen vereinbart.

3. Monitorisierte Jahre

- Referenzjahr: 202x-1
- Monitorisierte Jahre: 202x und 202x+1

4. Obergrenze und Untergrenze

- 1 Der CMI^{national} 202x-1 entspricht einem Index-Wert von 100.0.
- 2 Überschreitet der CMI^{national} folgende Indexwerte, werden verbindliche Korrekturmassnahmen gemäss Teil IV, Ziffer 8 ergriffen:
 - a. Index^{Obergrenze} 202x: ■
 - b. Index^{Obergrenze} 202x+1: ■
- 3 Unterschreitet der CMI^{national} folgende Indexwerte, werden verbindliche Korrekturmassnahmen gemäss Teil IV, Ziffer 8 ergriffen:
 - a. Index^{Untergrenze} 202x: ■
 - b. Index^{Untergrenze} 202x+1: ■

5. Verantwortlichkeit, Dauer und Datengrundlage

- 1 Das Monitoring des CMI^{national} sowie die Berechnung der klinikindividuellen Korrekturen nach Massgabe folgender Bestimmungen werden von den Vertragspartnern durchgeführt.
- 2 Den Vertragspartnern ist gegenseitige Daten- und Berechnungstransparenz zu gewähren.
- 3 Zur Durchführung des Monitorings wird eine Monitoring-Kommission gemäss Teil IV, Ziffer 6 eingesetzt.
- 4 Basis des Monitorings bilden die Daten der Statistik «Patientendaten Spital ambulant» des Bundesamtes für Statistik, Abrechnungsdaten der Versicherer und Abrechnungsdaten der Leistungserbringer.
- 5 Der CMI^{national} der entsprechenden Jahre wird mit folgenden Groupversionen ermittelt:
 - a. 202x-1: aDRG 1.0, Planungsversion 202x-1/202x
 - b. 202x: aDRG 1.0, Abrechnungsversion 202x/202x
 - c. 202x+1: im Jahr 202x+1 gültige Abrechnungsversion

6. Monitoring-Kommission

- 1 Gestützt auf Teil IV, Ziffer 5 des Tarifstrukturvertrags schaffen die Tarifpartner eine paritätische Monitoring-Kommission.
- 2 Die Monitoring-Kommission wird im ersten Quartal 202x+1 aktiv. Die Monitoring-Kommission tagt im Rahmen des Notwendigen und nach Massgabe des Tarifstrukturvertrages längstens bis zum Abschluss des letzten Jahres, in dem Korrekturen nötig sind.
- 3 Die Monitoring-Kommission ist zuständig für das Monitoring der monitorierten Grösse und der Qualität der verwendeten Daten.
- 4 Die Monitoring-Kommission erstellt in Berücksichtigung Teil IV, Ziffer 5 bis 30. November 202x+1 und 202x+2 je einen Bericht zuhanden der Vertragspartner hinsichtlich der Frage, ob per 1. Januar des kommenden Jahres Korrekturmassnahmen notwendig sind.
- 5 Die Kommunikation der notwendigen Korrekturmassnahmen erfolgt durch die Vertragspartner gemäss Teil IV, Ziffer 9.
- 6 Die Monitoring-Kommission setzt sich aus 8 Experten zusammen, je 4 von Leistungserbringer- und Krankenversicherer-Seite. Jeder Tarifpartner bestimmt und entschädigt seine Experten und Stellvertreter, welche erstere im Abwesenheitsfall ersetzen.
- 7 Die Kommission fällt Beschlüsse einstimmig.
- 8 Es kann jeweils ein Mitglied seitens der Kantone (GDK) und der nationalen ambulanten Tariforganisation im Beobachterstatus an den Sitzungen teilnehmen.
- 9 Der Vorsitz ist folgendermassen geregelt:
 - 202x+1: H+
 - 202x+2: FMCH
 - 202x+3: santésuisse
- 10 Das Sekretariat der Monitoring-Kommission wird durch die Organisation, welche den Vorsitzenden stellt, geführt. Das Sekretariat nimmt Daten der Tarifpartner entgegen und leitet diese den Experten weiter, bereitet Sitzungen vor und führt das Sitzungsprotokoll samt Pendenzenliste. Der Vorsitzende kann diese Tätigkeiten (auf Kosten seiner Organisation) delegieren und bei Sitzungen einen Protokollführer beiziehen.
- 11 Die Vertragspartner sorgen für eine fristgerechte Dateneinsicht und -lieferung. Diese Daten dürfen nicht ausserhalb der Kommissionsarbeit verwendet werden.
- 12 Im Falle von notwendigen Korrekturen erhalten die betroffenen Leistungserbringer und Einkaufsgemeinschaften Einsicht in die Datengrundlagen.

- 13 Falls kein einstimmiger Entscheid zustande kommt, ernennen die Vertragspartner einen neutralen Gutachter, der das Monitoring durchführt und die individuellen Korrekturmassnahmen berechnet. Die Vertragspartner teilen sich die Kosten für den externen Gutachter (50% Leistungserbringer, 50% Versicherer).

7. Bestimmung Indexwerte

- 1 Der Index^{effektiv 202x} berechnet sich aus der Division des CMI^{national 202x} durch CMI^{national 202x-1}. Die Berechnungen werden bis am 15. Oktober 202x+1 durchgeführt.
- 2 Der Index^{effektiv 202x+1} berechnet sich aus der Division des CMI^{national 202x+1} durch CMI^{national 202x-1}. Die Berechnungen werden bis am 15. Oktober 202x+2 durchgeführt.

8. Berechnung der Korrekturfaktoren bei Überschreitung des Zielkorridors

- 1 Falls gemäss Teil IV, Ziffer 4.2 und 4.3 Korrekturmassnahmen notwendig sind, erfolgen diese bei denjenigen Leistungserbringern, deren effektiver Index-Wert (Index^{effektivLERB}) unter oder über dem Index-Wert (Index^{Untergrenze}, Index^{Obergrenze}) gemäss Teil IV, Ziffer 4.2 und 4.3 liegt.
- 2 Die relevanten CMI und Indizes der betroffenen Leistungserbringer berechnen sich nach gleicher Logik wie die nationalen CMI und Indizes, jedoch mit den Kostengewichten und ambulanten Patientenkontakten des jeweiligen Leistungserbringers.
- 3 Der Korrekturfaktor eines Leistungserbringers berechnet sich wie folgt:
202x:
 - $\text{Index}^{\text{Obergrenze } 202x} - \text{Index}^{\text{effektivLERB } 202x}$
 - $\text{Index}^{\text{Untergrenze } 202x} - \text{Index}^{\text{effektivLERB } 202x}$
 202x+1:
 - $\text{Index}^{\text{Obergrenze } 202x+1} - \text{Index}^{\text{effektivLERB } 202x+1}$
 - $\text{Index}^{\text{Untergrenze } 202x+1} - \text{Index}^{\text{effektivLERB } 202x+1}$
- 4 Die Berechnungen der Korrekturfaktoren werden bis am 31. Oktober 202x+1 für das Leistungsjahr 202x respektive 31. Oktober 202x+2 für das Leistungsjahr 202x+1 durchgeführt.

9. Information / Kommunikation

- 1 Die Vertragspartner stellen folgende Informationen zur Verfügung:
 - Für Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer sowie die betroffenen Leistungserbringer: die von Korrekturmassnahmen betroffenen Leistungserbringer und deren individuelle Korrekturfaktoren.
 - Für die GDK und das BAG eine Liste der von Korrekturmassnahmen betroffenen Leistungserbringer und die Bandbreite der individuellen Korrekturfaktoren.
- 2 Die Kommunikation der Korrekturfaktoren erfolgt bis am 30. November 202x+1 für das Leistungsjahr 202x respektive 30. November 202x+2 für das Leistungsjahr 202x+1.

10. Umsetzung der Korrekturmassnahmen

- 1 Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die von den Vertragspartnern oder vom neutralen Gutachter ermittelten Korrekturmassnahmen umzusetzen.
- 2 Die Rückvergütung erfolgt mittels eines Korrekturfaktors auf den Rechnungen des Jahres 202x+2 (Korrektur für Leistungsjahr 202x) respektive 202x+3 (Korrektur für Leistungsjahr 202x+1).
- 3 Leistungserbringer oder Verhandlungsgemeinschaften von Leistungserbringern und die Einkaufsgemeinschaften der Versicherer können in ihren Tarifverträgen die Auswirkung

geänderter Leistungsspektren auf die individuellen Korrekturfaktoren der Leistungserbringer und andere Umsetzungsmechanismen der Korrekturmassnahmen vereinbaren.

11. Normierung der Folgeversionen

Die Vertragspartner verpflichten sich, die Folgeversionen gemäss nachfolgender Systematik jeweils zu normieren. Diese Normierung erfolgt im Rahmen der Weiterentwicklung der aDRG+ELT. Systematik:

- Σ effektiver Kostengewichte Vorversion = Σ aktuelle Version
- Gleiches Datenjahr
- Vorgabe: kein nationaler Katalogeffekt