



Versicherten- und Rechnungsstellerstatistik nach Datum Behandlungsbeginn sowie Abrechnungsdatum

Vier Betrachtungsweisen – vier Statistiken – vier Interpretationen

- **Rechnungsstellerstatistik RSS:**
Die Bruttoleistungen werden nach dem Standortkanton der Rechnungssteller gruppiert, unabhängig davon, ob die Leistungen für innerkantonale oder ausserkantonale Versicherte erbracht wurden.
- **Versicherungsstatistik VSS:**
Die Bruttoleistungen werden nach dem Wohnkanton der Versicherten gruppiert, unabhängig vom Standort des Rechnungsstellers.
- **Abrechnungsdatum:**
Das Datum der Verbuchung der Leistung beim Versicherer.
- **Datum Behandlungsbeginn:**
Zeitpunkt, bei welchem der Patient zum ersten Mal beim Leistungserbringer eine Leistung beansprucht.

Unterschied Versicherten- und Rechnungsstellerstatistik

Interpretation der Statistiken

Die Rechnungsstellerstatistik ordnet die KVG-Bruttoleistungen dem Standortkanton des Leistungserbringers zu. Sie zeigt die Entwicklung der zehn wichtigsten Kostenblöcke (Arztbehandlungen, Medikamente Arzt, Apotheken, Spital ambulant, Spital stationär, Pflegeheime, SPITEX-Organisationen, Laboratorien, Physiotherapie und Übriges) über einen Zeitraum von vier Jahren.

Beispiele

- Wie viele Leistungen haben die Berner Physiotherapeuten im Jahr 2006 abgerechnet
- Wie hoch ist das Kostenwachstum der Genfer Rechnungssteller vom Jahre 2005 auf das Jahr 2006?
- Wie viele Leistungen haben die Krankenversicherer den im Kanton Luzern zugelassenen Ärzten im Jahr 2006 ausbezahlt?
- Wie hoch ist der Umsatz der ambulanten Spitalleistungen der Thurgauer Spitäler?

Die Versichertenstatistik ordnet die KVG-Bruttoleistungen dem Wohnkanton der Versicherten zu. Auch sie ist gegliedert nach den zehn wichtigsten Kostenblöcken und zeigt die Entwicklung über einen Zeitraum von vier Jahren.

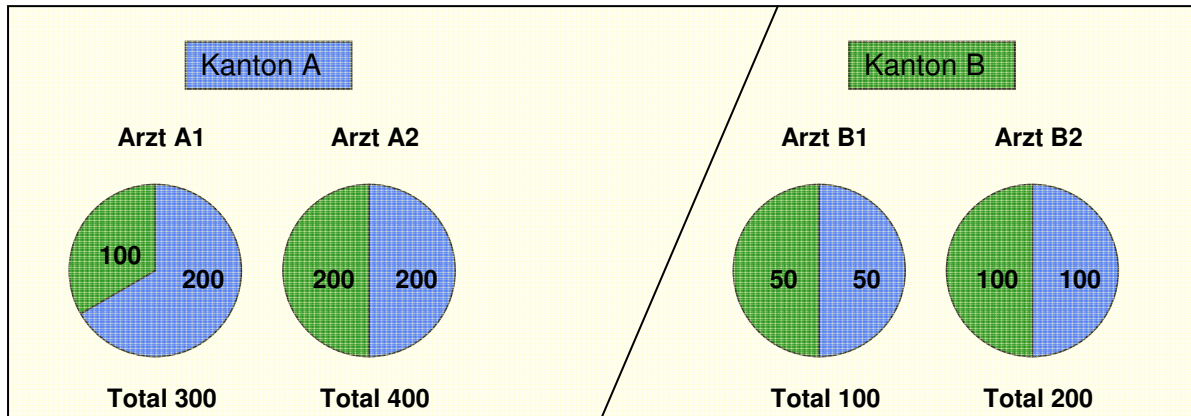
Beispiele

- Wie viele KVG-Leistungen haben die Berner Versicherten im Jahr 2006 bezogen?
- Wie hoch ist das Wachstum von 2005 auf 2006 der von den Genfer Versicherten bezogenen Leistungen?

- Wie viele Leistungen haben die Luzerner Versicherten bei Physiotherapeuten im Jahr 2006 bezogen?
- Wie hoch sind die ambulanten Spitalleistungen, welche die Thurgauer Versicherten in den Spitälern (der ganzen Schweiz) bezogen haben?

Grafik

Zur Verdeutlichung des Unterschiedes zwischen **Rechnungssteller** und **Versicherten-Leistungen** dient das nachfolgende Beispiel mit der dazugehörigen Interpretation:



RSS (Rechnungsstellerstatistik):

Kanton A: 700 Fr. (400 Fr. von Versicherten des Kantons A, 300 Fr. von Versicherten des Kantons B)
 Kanton B: 300 Fr. (150 Fr. von Versicherten des Kantons A, 150 Fr. von Versicherten des Kantons B)

Total = 700 Fr. (Kanton A) + 300 Fr. (Kanton B) = 1000 Fr.

VSS (Versichertenstatistik):

Versicherte des Kantons A: 550 Fr. (400 Fr. im Kanton A, 150 Fr. im Kanton B)
 Versicherte des Kantons B: 450 Fr. (300 Fr. im Kanton A, 150 Fr. im Kanton B)

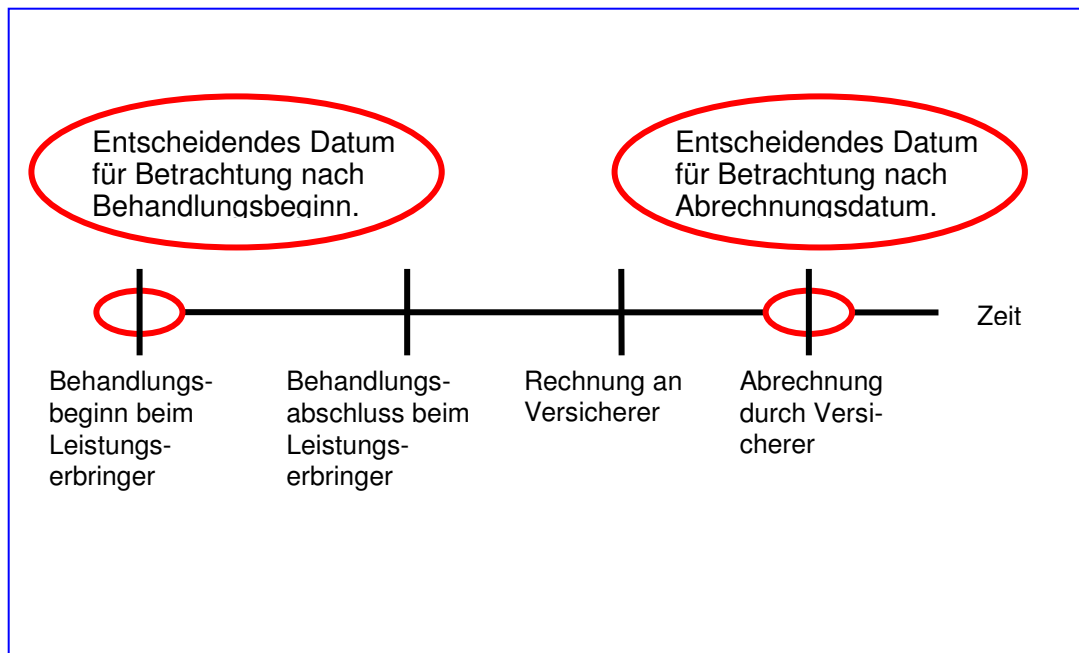
Total = 550 Fr. (Versicherte des Kantons A) + 450 Fr. (Versicherte des Kantons B) = 1000 Fr.

Je zwei Ärzte (A1 und A2 im Kanton A sowie B1 und B2 im Kanton B) sind mit ihren Total-Bruttoleistungen dargestellt. Die Versicherten, welche sie behandelten, sind jeweils in der Farbe des entsprechenden Kantons angegeben. Arzt A1 hat demnach für 200 Fr. Versicherte aus dem Kanton A behandelt und für 100 Fr. Versicherte aus dem Kanton B behandelt.

Aus Sicht des Kantons A ergibt sich somit ein Total in der Rechnungsstellerstatistik von 700 Fr., was der Summe der Leistungen beider Ärzte entspricht. In dieser Sicht spielt der Wohnkanton der Versicherten keine Rolle, da der Arzt die Rechnungen für die Versicherten aus Kanton A und Kanton B nach dem gleichen Taxpunktwert stellt.

Für die Versichertenstatistik ist dagegen unerheblich, in welchem Kanton und somit bei welchem Arzt die Versicherten ihre Leistungen bezogen haben. Das Total der Versicherten aus Kanton A von 550 Fr. sagt nämlich nichts darüber aus, dass nur 400 Fr. von Ärzten des Kantons A erbracht wurden.

Unterschied Betrachtung nach Behandlungsbeginn / Betrachtung nach Abrechnungsdatum



Das Abrechnungsdatum ist das Datum der Verbuchung der Leistung beim Versicherer. Der Behandlungsbeginn ist der Zeitpunkt, bei welchem der Patient zum ersten Mal beim Leistungserbringer erscheint. Demnach fällt auf der Zeitachse die Leistung bei der Betrachtung nach Behandlungsbeginn früher als bei der Betrachtung nach Abrechnungsperiode an, wie die obige Grafik zeigt.

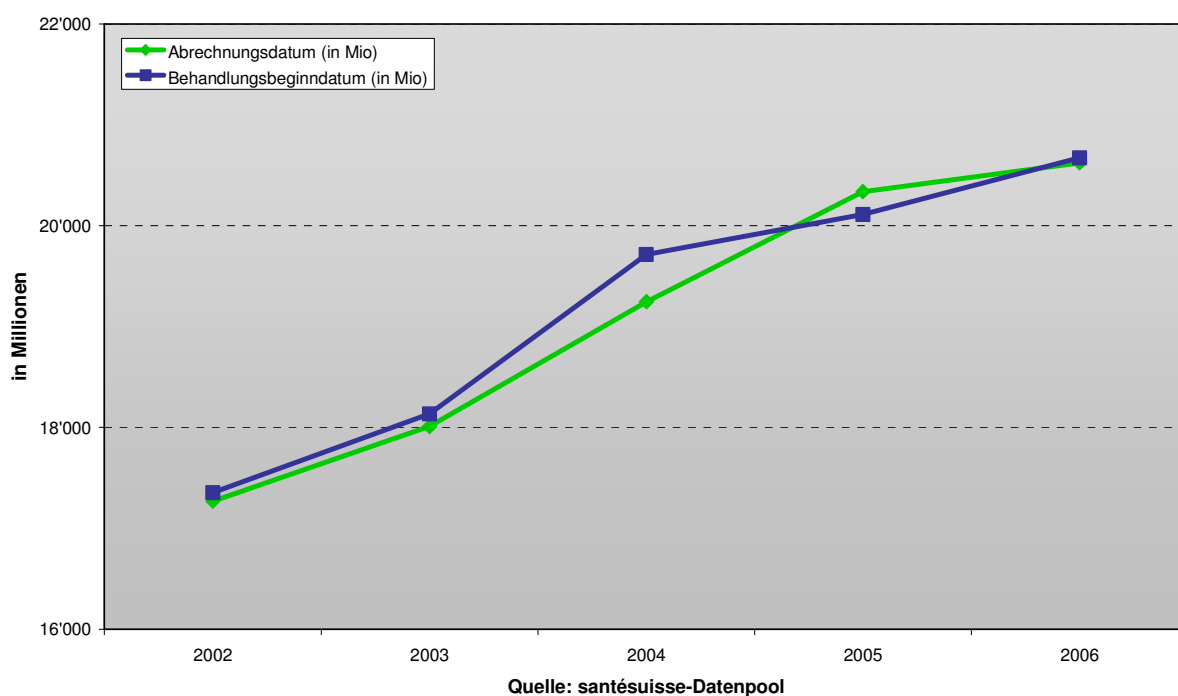
Ein wesentlicher Vorteil der Betrachtung nach Behandlungsbeginn ist, dass die in der betrachteten Periode tatsächlich angefallenen Leistungen aufgeführt werden. Verzögerungen bei der Fakturierung durch die Leistungserbringer oder bei der Verbuchung sind damit eliminiert. Ausserdem ist die Betrachtung nach Behandlungsbeginn, die entscheidende Grösse für die Prämienberechnung der Versicherer und für die Tarifverhandlungen der Versicherer mit den Leistungserbringern.

Unterschiedliche Kostenentwicklung je nach Betrachtungsweise

Allerdings führt die unterschiedliche zeitliche Zuordnung der Kosten dazu, dass die Kostensteigerungen nach Behandlungsbeginn und Abrechnungsdatum unterschiedlich sind. Über eine längere Zeit betrachtet, gleichen sich die unterschiedlichen Wachstumsraten zwischen den zwei Betrachtungsweisen jedoch aus, wie die unten stehende Grafik zeigt.

Aus der Grafik ist weiter ersichtlich, dass die Betrachtung nach Behandlungsperiode die entstandenen Kosten den Jahren genauer zuordnet als die Betrachtung nach Abrechnungsdatum. Die Einführung von TARMED per 1.1.2004 hatte zur Folge, dass einige Spitäler ihre Leistungen nicht mehr im Jahr 2004 abrechnen konnten. Dies führte wiederum dazu, dass viele Rechnungen, die noch das Jahr 2004 betrafen, erst im Jahr 2005 abgerechnet wurden, was eine starke Kostensteigerung in diesem Jahr bewirkte. Der Basiseffekt dieser Kostensteigerung führt im Jahr 2006 dazu, dass nach Abrechnungsdatum ein ausserordentlich tiefes Kostenwachstum von 0.8% ausgewiesen wird. Die Betrachtung nach Behandlungsbeginn glättet diesen Effekt. Damit zeigt sich, dass über eine längere Zeitperiode betrachtet, wie erwartet, die beiden Betrachtungsweisen eine sehr ähnliche Entwicklung der Kosten zeigen.

Bruttoleistungen OKP für die Schweiz



Monats- und Jahresdaten

santésuisse erstellt jeweils am Anfang des Jahres eine Statistik über die Kostenentwicklung des Vorjahrs, die so genannten Jahresdaten. Die Jahresdaten beruhen auf der Betrachtung gemäss Abrechnungsdatum und es erfolgen keine nachträglichen Änderungen an den Zahlen¹. Im Gegensatz dazu veröffentlicht santésuisse jeweils im September die detaillierten Jahreszahlen des Vorjahrs (Versichertenstatistik/Rechnungsstellerstatistik nach Behandlungsbeginn- und Abrechnungsdatum) auf Basis von Monatsdaten. Die Monatsdaten können rückwirkend aufgrund der bei Versicherern in Rechnungsstellung gebrachten Leistungen noch ändern. Da die Versicherer Rechnungen bis zu fünf Jahre zurück akzeptieren müssen, sind Monatsdaten über diese Zeitspanne provisorisch. Allerdings sind mit den Junidaten des Folgejahres über 95% der im Vorjahr abgerechneten Leistungen bekannt, so dass sich gesicherte Aussagen über die Kostenentwicklung des Vorjahres machen lassen. Mit den Märzdaten können erste Trends über die Kostenentwicklung im Vorjahr erkannt werden.

¹ Zu Differenzen zwischen den Jahresdaten verschiedener Jahre kann es jedoch kommen, da die Leistungen der vorangegangenen Jahre mit der jeweils aktuellen Zuordnung der ZSR Nummern abgebildet werden. Dies ergibt keinen Unterschied für das Total, jedoch kann es Verschiebungen unter den zehn Kostenblöcken geben.