

Was kann der santésuisse-Datenpool?

Der Datenpool bietet Zahlen nach:

- Kennzahlen: Bruttoleistungen, Kostenbeteiligungen, Nettoleistungen, Prämien
- Versicherte: Altersgruppen, Geschlecht
- Versicherungsprodukte: Franchisestufen, Deckungsart, Versicherungsmodelle (inkl. alternative Modelle)
- Leistungen: nach Leistungsarten und Tarifen
- Zeitperiode: Abrechnungszeitpunkt der Versicherer, Behandlungsbeginn der Leistungen
- Region: Schweiz, Kantone, Prämienregionen
- Monatsdaten: für kurzfristige Trendanalysen
- Jahresdaten: definitive Daten, Basis für die Wirtschaftlichkeitskontrollen

Was kann der santésuisse-Datenpool nicht?

Der Datenpool ermöglicht keine Auswertungen nach:

- Diagnose: z. B. Anzahl der Hüftoperationen in der Schweiz pro Jahr und was diese kosten.
- Einzelnen Versicherten: z. B. wie oft Frau Meier pro Jahr zum Arzt geht.
- Einzelnen Krankenversicherern: z. B. welcher Versicherer die meisten Rechnungen für Physiotherapie ausstellt.

Dienstleistungen für die interessierte Öffentlichkeit

Die Auswertungen des santésuisse-Datenpools dienen in erster Linie den Krankenversicherern: zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte, Physiotherapeuten etc.) oder zur jährlichen Neuberechnung der Prämien. Die Kosten für diese Dienstleistungen werden von den Versicherern getragen.

santésuisse mit ihrem «Herzstück», dem santésuisse-Datenpool, ist aber nicht nur für ihre Mitglieder da, sondern stellt ihre Dienste auch der Öffentlichkeit zur Verfügung. Medienschaffende, Politiker, Studierende und weitere interessierte Kreise erhalten auf Anfrage statistische Spezialauswertungen oder können von weiteren Datenpool-Produkten profitieren (s. Grafik).

Das Datenpool-Team steht via E-Mail datenpool@santesuisse.ch gerne für weitere Auskünfte zur Verfügung.

Die Produkte des santésuisse-Datenpools stehen allen interessierten Kreisen zur Verfügung.



Datenpool Portrait



santésuisse datenpool

Tarifpool: der «jüngere Bruder» des santésuisse-Datenpools

2004 entsteht zusätzlich zum santésuisse-Datenpool der Tarifpool. Er ergänzt die Leistungserbringer-Statistik des Datenpools mit detaillierteren Zahlen zu den einzelnen medizinischen Leistungsanbietern pro TARMED-Tarifposition. Damit liefert der Tarifpool nicht nur wichtige Grundlagen für die Kontrolle und Weiterentwicklung des neuen Ärztetarifs. Mit dem «jüngeren Bruder» des santésuisse-Datenpools lässt sich auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer noch besser überprüfen, mithin die Kostenkontrolle effizienter handhaben.

Der Tarifpool im Überblick

Dateninhalt

- Branchendaten der ambulanten Tarife aller TARMED anwendenden Leistungserbringer
- Alle ambulanten Tarifpositionen (inkl. Physiotherapie, Medikamente, Labor u. a. sowie VVG-Leistungen). Damit sind die einzelnen ambulanten Leistungserbringer vollständig abgebildet.

Optik

Die Auswertung erfolgt nach Tarifpositionen (für die TARMED-Kontrolle) und nach Leistungserbringern (für die Wirtschaftlichkeitsprüfung).

Verwendungszweck

- Tarifbewirtschaftung (TARMED-Kontrolle und -Entwicklung): Welche Tarifpositionen werden bei welchen Leistungserbringer-Gruppen und in welchen Kantonen verwendet?
- Wirtschaftlichkeitsprüfung: Welche Tarifpositionen verwendet ein einzelner Leistungsanbieter für welche Versichertengruppen (Alter/Geschlecht und Wohnkanton) im Vergleich zur Leistungserbringer-Gruppe?

Datenpool und Tarifpool: wichtige Entscheidungshilfen

Um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu dämpfen, müssen zuerst die Kostenentwicklung und deren Ursachen genau verstanden werden. Dazu leisten der santésuisse-Datenpool und der neue Tarifpool einen wichtigen Beitrag. santésuisse versteht sich als Interessenvertreterin der Krankenversicherer und der Prämienzahler. Die Statistiken des Daten- und Tarifpools bringen Ordnung in den Zahlenschwung, sorgen für die geforderte Transparenz, fördern das Verständnis für die Systemzusammenhänge und ermöglichen damit wichtige Entscheide für eine «gesunde Zukunft» des schweizerischen Gesundheitswesens.

Wer ist santésuisse?

santésuisse ist der Verband der Schweizer Krankenversicherer mit Hauptsitz in Solothurn und 14 Geschäftsstellen als Vertretungen vor Ort in den Kantonen. Der Verband vertritt die Interessen seiner Mitglieder und fördert in Politik und Öffentlichkeit das Verständnis für die Krankenversicherung, deren Erfolge und Risiken sowie die Tätigkeiten und Ergebnisse der Branche. santésuisse zählt in der Schweiz auf etwa 150 Mitarbeitende. Das Budget beträgt um die 28 Millionen Franken.

Als Kerngeschäft ist santésuisse in folgenden vier Gebieten aktiv:

1. Qualitativ hoch stehende Verträge zu tragbaren Preisen aushandeln

Die Krankenversicherer verhandeln nicht alle selber mit Spitälern, Ärzten und anderen Leistungserbringern, sondern haben diese Aufgabe an ihren Verband delegiert. santésuisse kennt rund 600 Vertragspartner mit rund 670 Verträgen (vorwiegend Kollektivverträge: z. B. mit dem Physiotherapieverband mit rund 4500 Physiotherapeutinnen und -therapeuten).

2. Die Qualität im Gesundheitswesen durch permanente Weiterbildung sicherstellen

santésuisse bietet zwei eidgenössisch anerkannte Weiterbildungen an: Krankenversicherungs-Fachfrau/Fachmann mit eidgenössischem Fachausweis und Diplomierter Krankenversicherungs-Experte.

3. Das bessere Verständnis der Krankenversicherung durch Grundlagenarbeit fördern

santésuisse hat mit dem Datenpool die grösste und aktuellste Datensammlung im Gesundheitswesen und publiziert regelmässig Statistiken zur Kostenentwicklung in der Krankenversicherung.

4. Die politische Interessenvertretung

Der Verband setzt sich für optimale politische Rahmenbedingungen ein.

Merkmale

Name

santésuisse-Datenpool

Besonderheit

Branchendaten der schweizerischen Krankenversicherer

Umfang

Abdeckung von mehr als 95% aller Versicherten

In Betrieb seit

2001

Geschäftsfeld

Datensammlung der Leistungs- und Prämienabrechnungen der Branche seit 1997

Hauptziel

Statistiken und Auswertungen für Mitglieder, Kunden und Öffentlichkeit

Kontakt

Für weitere Auskünfte wenden Sie sich an:

santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer
Abteilung Ökonomie und Recht
Römerstrasse 20
4502 Solothurn
Tel. 032 625 41 41
Fax 032 625 41 51
datenpool@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Im Schweizer Gesundheitswesen ist keine Datensammlung so umfassend und aktuell wie der santésuisse-Datenpool. Und keine Datensammlung liefert eine bessere Grundlage, um geeignete Massnahmen gegen die steigenden Gesundheitskosten zu entwickeln. Mehr als zwei Milliarden Datensätze von über 95% aller Versicherten stehen den Krankenversicherungen für eine effiziente Kostenkontrolle zur Verfügung. Die Daten werden monatlich aktualisiert. Auf Anfrage gibt santésuisse Statistiken des Datenpools auch an die interessierte Öffentlichkeit heraus.

Der Datenpool ist das «Herzstück» von santésuisse. Die Datenbank wurde 2001 eingeführt, um drei wichtige Ziele im Schweizer Gesundheitswesen zu erreichen:

- die umfassende Analyse der Ist-Situation
- die exakte Schätzung der Kostenentwicklung
- die genaue Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte, Physiotherapeuten usw.)

Zwei Milliarden Datensätze, über 95% Abdeckung

Der santésuisse-Datenpool reicht bis ins Jahr 1997 zurück und beinhaltet die Leistungs- und Prämienabrechnungen von über 95% aller Versicherten der Schweiz. Bis heute sind mehr als zwei Milliarden Datensätze erfasst, die z. B. über den Leistungserbringer, den Rechnungsbetrag, den Kostenanteil der Versicherten, die Kosten für Medikamente oder den Wohnkanton der Versicherten informieren. Im Datenpool fehlen einzig jene Rechnungen, die von den Versicherten zurückbehalten werden (z. B. aufgrund einer hohen Franchise) oder die von den Versicherungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden.

82 Krankenversicherer liefern monatlich ihre Daten

Die Anlieferung der Daten erfolgt monatlich und einmal jährlich (definitive Jahresdaten) durch die Krankenversicherer – auf freiwilliger Basis. Zurzeit beteiligen sich 82 Krankenversicherer am Datentransfer und sorgen für die erwähnte Marktdeckung von über 95%. santésuisse bereitet die Leistungs- und Prämienabrechnungen laufend statistisch auf und wertet sie nach den wichtigsten Kostenfaktoren aus. Damit stehen den Versicherern und der interessierten Öffentlichkeit periodisch aktuelle Zahlen zum Trend der Kostenentwicklung zur Verfügung. Monatsdaten sind spätestens zwei Monate nach Monatsende aufbereitet (z. B. Monatsdaten Juni sind gegen Ende August verfügbar).

Hohe Qualität, hohe Wertschätzung

Ein wichtiges Merkmal des santésuisse-Datenpools ist die einheitliche Datenqualität: Alle Zahlen werden von den Versicherern schweizweit nach den gleichen modernen Standards angeliefert. Entsprechend hoch ist die Wertschätzung für die gründlichste Gesundheits-Statistik der Schweiz. Die Zahlen sind gerichtlich anerkannt und werden z. B. erfolgreich bei Wirtschaftlichkeitsverfahren eingesetzt.

Grenzen der Aussagefähigkeit

Bei der Lancierung des Datenpools im Jahre 2001 stand die Kostenentwicklung der Branche im Vordergrund. Entsprechend enthält die Datenbank summierte Daten, die zwar Aussagen über Gruppen (z. B. alle Chirurgen im Kanton Fribourg, alle Versicherte im Kanton Zürich), aber keine Details Aussagen ermöglichen.

Der santésuisse-Datenpool enthält also keine

- Daten von einzelnen Krankenversicherern
- Informationen bezüglich Diagnose
- Zahlen zu einzelnen Versicherten

Datenschutz gewährleistet

Die Grenzen der Aussagefähigkeit des santésuisse-Datenpools bedeuten auch gleichzeitig die Gewährleistung des Datenschutzes. Die Summendaten erlauben weder den Zugriff auf Personendaten (Name, Wohnort etc.) noch auf die Krankengeschichte (Diagnose, Häufigkeit des Arztbesuchs, Behandlungsverlauf etc.) einzelner Versicherter.

Drei Statistikbereiche

Der santésuisse-Datenpool ist nach den wichtigsten Verwendungszwecken in drei Statistikbereiche gegliedert:

- Der Bereich «Leistungserbringer» ermöglicht eine effiziente Kostenkontrolle bei Spitätern, Ärzten, Physiotherapeuten usw.
- Der Bereich «beanspruchte Versicherten-Leistungen» dient u. a. der Berechnung der Prämien für das kommende Jahr.
- Der Bereich «Erfolgsrechnung» dient der Branche als Kontrollinstrument.



Glossar

- **Abrechnungsperiode** = Geschäftsperiode = Abrechnungszeitpunkt der Leistungsbelege beim Versicherer
- **Altersgruppe** = Unterteilung des Versichertenalters in Gruppen (z. B. 11-15 J., 16-18 J., 19-20 J., 21-25 J. etc.)
- **Behandlungsbeginn** = Zeitpunkt der ersten Behandlung der auf einem Leistungsbeleg abgerechneten Leistungen
- **Bruttoerfolg** = Bruttoergebnis ohne Berücksichtigung von Verwaltungskosten, Prämienausständen, Rückstellungen etc. = Bruttoprämien – Nettoleistungen
- **Bruttoprämien** = den Versicherten in Rechnung gestellte Prämien
- **Deckungsart** = Unterscheidung nach KVG- und VVG-Leistungen
- **Hausbesuche** = Anzahl der Besuche eines Leistungserbringers bei Patienten
- **Konsultationen** = Anzahl der Besuche der Patienten bei Leistungserbringern
- **Kostenbeteiligung** = von den Versicherten bezahlter Anteil an Leistungen = Franchise + Selbstbehalt + Spitalabzug
- **KVG-Leistungen** = Leistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz (Grundversicherung, Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP)
- **Leistungsarten** = Unterteilung der verrechneten Leistungen nach Kostenart, Behandlungsart, medizinischer Abteilung
- **Leistungsbeleg** = Rechnung der Leistungserbringer (Arztrechnung, Spitalrechnung)
- **Leistungserbringer** = Rechnungssteller = nach KVG zugelassene Leistungsanbieter im Gesundheitswesen unterteilt nach Obergruppen (Ärzte, Spitäler etc.) und Untergruppen (Allgemeinpraktiker, Chirurgen etc.)
- **Nettoleistungen** = von den Krankenversicherern bezahlte Leistungen = Bruttoleistungen – Kostenbeteiligung
- **Prämienregionen** = seit 2004 für alle Krankenversicherer verbindliche einheitliche Regioneneinteilung durch das BAG (Bundesamt für Gesundheit)
- **Spitaltage** = Anzahl Tage, welche die Patienten in stationärer Behandlung oder im Pflegeheim verbracht haben
- **Tarifpositionen** = Einzelleistungen oder pauschale Kosten gemäss Leistungsverträgen (TARMED, Spitalverträge u. a.)
- **Versichertenbestand** = durchschnittlicher Bestand an Versicherten innerhalb einer definierten Zeitperiode
- **Versicherungsprodukte** = Versicherungsmodelle (ordentliche Franchisestufe, wählbare Franchisestufen, alternative HMO-Versicherungsmodelle), Franchisestufen, mit oder ohne Unfalldeckung
- **VVG-Leistungen** = Leistungen nach dem Versicherungs-Vertrags-Gesetz (Zusatzversicherungen für ambulante und stationäre Behandlung)

santésuisse-Datenpool: drei Statistikbereiche

Leistungserbringer: verrechnete Leistungen

Versicherte: beanspruchte Leistungen

Erfolgsrechnung: Versicherten-Ergebnis

Dateninhalt

- Dimensionen:
- Abrechnungsperiode, Behandlungsbeginn
 - Leistungserbringer
 - Standortkanton
 - Leistungsarten
- Kennzahlen:
- Bruttoleistungen
 - Konsultationen
 - Hausbesuche
 - Spitaltage
 - Anzahl Leistungserbringer

- Dimensionen:
- Abrechnungsperiode, Behandlungsbeginn
 - Leistungserbringer
 - Wohnkanton
 - Leistungsarten
- Kennzahlen:
- Bruttoleistungen
 - Konsultationen
 - Hausbesuche
 - Spitaltage
 - Anzahl Leistungsbelege

- Dimensionen:
- Abrechnungsperiode
 - Wohnkanton
 - Versicherungsmodelle, Franchisestufen
 - Altersgruppe, Geschlecht
- Kennzahlen:
- Bruttoprämien
 - Bruttoleistungen
 - Kostenbeteiligung
 - Nettoleistungen
 - Versichertenbestand

Optik

Die verursachten Leistungen werden aus der Optik des Standortkantons des Leistungserbringers betrachtet (Rechnungsstellerstatistik).

Die beanspruchten Leistungen werden nach Wohnkanton der betrachteten (Versichertenstatistik).

In der Erfolgsrechnung werden die Leistungen (Ausgaben) den Prämien (Einnahmen) gegenübergestellt und nach Wohnkanton der Versicherten betrachtet.

Verwendungszweck

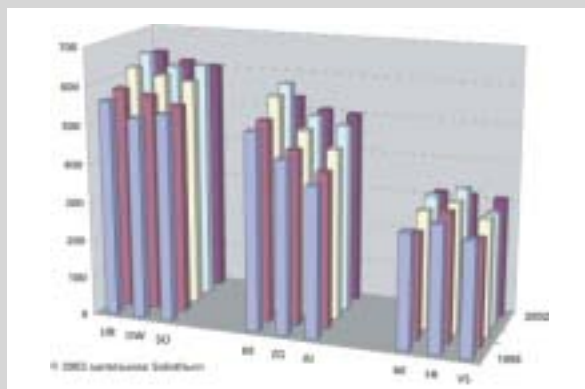
- Tarifverhandlungen:
- Bereitstellen des Zahlenmaterials als Verhandlungsbasis
 - Berechnungen und Beurteilung für TARMED (massgebende Kosten, Kostenneutralität)
- Wirtschaftlichkeit:
- Überprüfen einzelner Leistungserbringer

- Konsumverhalten der kantonalen Bevölkerung:
- Ermitteln der in einem Kanton verursachten Kosten nach Leistungsarten
 - Vorhersage der für die kommenden Jahre benötigten Beträge

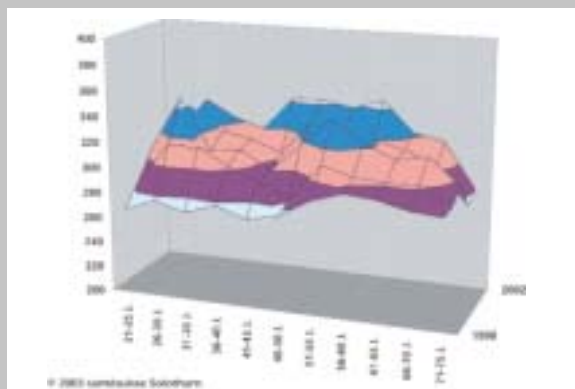
- Berechnen der durchschnittlichen Prämien und deren Entwicklung pro Kanton
- Bestimmen der von den Versicherten bzw. von den Versicherern übernommenen Kosten
- Hilfestellung für die Prämienberechnungen durch die Krankenversicherer

Anwendungsbeispiel

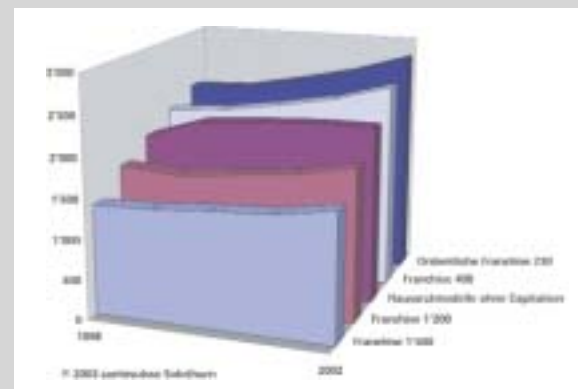
Wie entwickelten sich die «Direkten Kosten pro Erkrankter» (CHF) der «Allgemeinpraktiker» in den einzelnen Kantonen von 1998 – 2002?



Wie veränderten sich die «Bruttoleistungen pro Spitaltag» (CHF) für stationäre Spitalbehandlungen pro Altersgruppe der Einwohner im Kanton Fribourg von 1998 – 2002?



Wie entwickelten sich die «Durchschnittsprämien pro Jahr und erwachsenen Versicherten» (CHF) mit unterschiedlichen Versicherungsprodukten im Kanton Fribourg von 1998 – 2002?



Grenzen

Eine Analyse auf der Ebene der einzelnen Tarifpositionen und Diagnosen ist nicht möglich.

Der einzelne Versicherte und seine Krankengeschichte können nicht betrachtet werden.

Nicht erfasst sind Verwaltungskosten, Finanzerfolg, Prämienausstände, Reservenbestände, Rückstellungen etc.