

# Der innovative Datenlogistiker für das Gesundheitswesen

**Make progress.**



#### **HERAUSGEBER**

SASIS AG  
Römerstrasse 20  
Postfach  
4502 Solothurn

Tel.: 032 625 42 00  
Fax: 032 625 42 10  
E-Mail: [info@sasis.ch](mailto:info@sasis.ch)  
Web: [www.sasis.ch](http://www.sasis.ch)

#### **GESTALTUNG UND LAYOUT**

Politikwerft Designbüro

#### **COPYRIGHT UND BILDRECHTE**

SASIS AG





**Willkommen  
beim innovativen  
Datenlogistiker für das  
Gesundheitswesen**

**Make progress.**

Inhaltsverzeichnis .....	6
Über uns.....	7
Dienstleistungen .....	8
Leistungsvermögen .....	10
Produkte im administrativen Ablauf .....	12
Versichertenkarte .....	14
Zahlstellenregister .....	24
Zentrales Vertragsregister .....	34
Datenpool.....	44
Tarifpool .....	54
Elektronischer Datenaustausch EDI .....	64
Kunden und Partner der SASIS AG .....	72

## Über uns

Wir betreuen, beraten und unterstützen.

### Kompetenz unserer Mitarbeitenden

- Die Mitarbeitenden der SASIS AG entwickeln und betreiben Branchenlösungen.
- Klare Verantwortung und eindeutige Ansprechpartner sind je Produkt definiert.
- Die Qualität und die Datensicherheit stehen an oberster Stelle.
- Zusammen mit den Versichererteams werden praktische Lösungen erarbeitet.
- Vertraulichkeit und Geheimhaltung sind eine Selbstverständlichkeit.



**Verbindliche, aktuelle und relevante Informationen.** Die Mitarbeitenden der SASIS AG arbeiten in erster Linie an den Inhalten der Branchenlösungen. Wir nutzen und kombinieren alle verfügbaren Belege und Datenquellen, damit verbindliche, aktuelle und relevante Dienstleistungen entstehen.

**Qualität und Datensicherheit.** Alle Mitarbeitenden der SASIS AG setzen sich für Qualität und Datensicherheit ein. Dies umfasst auch die Einhaltung und Pflege des Informationssicherheits- und Datenschutzmanagementsystems gemäss der Datenschutzzertifizierung. Unsere Datenschutzbeauftragte pflegt einen regen Austausch mit Kunden und Lieferanten.

**Interesse und Aufgeschlossenheit.** Die Mitarbeitenden der SASIS AG verfügen über vertiefte Branchenkenntnisse und sind vertraut mit den Tätigkeitsbereichen der Krankenversicherer, Leistungserbringer und Behörden im Gesundheitswesen. Ein hohes Mass an Interesse und Aufgeschlossenheit gegenüber Anforderungen und Wünschen unserer Kunden prägen unsere Haltung.

**Vielfältige Unterstützung.** Die offiziellen Kontaktpersonen unserer Kunden werden direkt von unseren zuständigen Mitarbeitenden betreut. Neben telefonischer Unterstützung bieten wir für unsere Produkte Schulungen und Beratungen an. Wir legen grossen Wert auf eine kooperative und effiziente Zusammenarbeit mit unseren Partnern im Gesundheitswesen.



## Das Gesundheitswesen ist auf effiziente Brancheninformationen angewiesen. Wir liefern sie.

**Unverzichtbare Informationen.** Krankenversicherungen, Leistungserbringer und Behörden arbeiten als Organisationen innerhalb des reglementierten Gesundheitswesens. Bestimmend sind dabei die gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen. Zur Abwicklung der administrativen Prozesse benötigen die beteiligten Partner strukturierte Daten und aussagekräftige Informationen.

**Administrative Prozesse im Fokus.** Die administrativen Prozesse zwischen den Krankenversicherern und ihren Versicherten sowie den Institutionen der medizinischen Leistungserbringer stehen im Vordergrund. Dafür braucht es die Register der im Gesundheitswesen zugelassenen medizinischen Leistungserbringer und das Verzeichnis der Tarifverträge mit den Leistungserbringern wie Arztpraxen, Apotheken und Spitälern.

### Umfassende Produktpalette für das Gesundheitswesen

**Operative Unterstützung der einzelnen Krankenversicherer.** Die administrativen Prozesse auf der Leistungsseite beginnen mit der schweizerischen oder europäischen Versichertenkarte. Diese kommt zuerst beim medizinischen Leistungserbringer zum Einsatz. Auf der Basis der Rechnungsstellung durch den medizinischen Leistungserbringer können die Schweizer Krankenversicherer, die Leistungseinkäufer und die Organisationen der Krankenversicherer gemeinsam aussagekräftige Statistiken zu den bezogenen Leistungen und zu deren Finanzierung erstellen.

**Gemeinsame Aufgaben.** Neben der operativen Unterstützung der einzelnen Krankenversicherer werden auch gemeinsame Aufgaben für die Zweckgemeinschaft der teilnehmenden Krankenversicherer erfüllt.



### Der innovative Datenlogistiker für das Gesundheitswesen



*Wir legen Wert auf fachlich und technisch sinnvolle Arbeitsteilung zwischen den Partnern im Gesundheitswesen und der SASIS AG.*



## Das Gesundheitswesen vertraut auf die SASIS AG. Und auf unsere Produkte.

**Tochtergesellschaft von santésuisse.** Die SASIS AG ist eine rechtlich und operativ unabhängige Tochtergesellschaft von santésuisse. Unsere Produkte und Dienstleistungen werden überwiegend von den Versicherern und den Organisationen der Krankenversicherer genutzt.

**Branchenapplikationen der Schweizer Krankenversicherungen.** Die SASIS AG entwickelt, betreibt und vertreibt die elektronischen Branchenapplikationen. Mit unseren Referenzdaten und technischen Richtlinien unterstützen wir die Zusammenarbeit der Krankenversicherer mit den Leistungserbringern beim elektronischen Datenaustausch und bei der Prozessoptimierung. Zudem entwickeln wir Dienstleistungen im Bereich eHealth und eGovernment.



**Aussagekräftige und aktuelle Daten.** Die SASIS AG liefert aussagekräftige und aktuelle Daten zur Kostenentwicklung sowie zur Erhöhung der Transparenz im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung.

**Gemeinsame Rahmenverträge.** Die SASIS AG betreibt die Branchenapplikationen auf Basis von gemeinsamen Rahmenverträgen und spezifischen Vertragsanhängen sowie einem einheitlichen Preismodell. Die Datenqualität, die Datensicherheit und der Datenschutz stehen im Vordergrund. Die Produkte werden unseren Kunden in verschiedenen elektronischen Formaten zur Verfügung gestellt. Unsere Kunden können zwischen diesen Formaten auswählen und ihren Bedürfnissen entsprechend optimal integrieren.





**Eindeutige Identifikation für alle elektronischen Anwendungen.** Die Daten der SASIS AG dienen der Abwicklung vom Leistungsbezug bis zur Branchenstatistik und werden von allen Partnern im Gesundheitswesen als Standard genutzt.

“

*Umfassende und praxisnahe Abläufe werden bei uns grossgeschrieben.*

Die Produkte der SASIS AG  
im administrativen Ablauf

**Wir bewirtschaften die Referenzdaten.**



# Versichertenkarte



Technische Facts & Figures

- Private Cloud
- Public Key Infrastructure
- Batch Processing
- Smart Card Technology
- Identity Management

Die multifunktionale Kundenkarte mit den aktuellen Deckungsinformationen für die medizinischen Leistungserbringer



## 1 VeKa-Center

### Das VeKa-Center

#### Versichertenkarten der neusten Generation für das Gesundheitswesen der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein

##### Die Branchenlösung

Die Versichertenkarte (VeKa) der Schweizer Krankenversicherer wird vom VeKa-Center der SASIS AG im Auftrag der teilnehmenden Versicherer produziert und direkt an die Versicherten verschickt, so dass diese bei den medizinischen Leistungserbringern im In- und Ausland angewendet werden können. Der Versicherer kann mit der Branchenlösung des VeKa-Centers alle bestehenden und zukünftigen Anwendungen im Bereich der Schweizer Versichertenkarte nutzen.

##### Leistungsfähiges Kartenmanagementsystem

Das VeKa-Center koordiniert erfolgreich die Produktion der Versichertenkarten. Es betreibt ein leistungsfähiges Kartenmanagementsystem für die zahlreichen, verschiedenen Kartenprodukte der beteiligten Krankenversicherer.

##### Basis für eHealth-Projekte

Mit dieser Versichertenkarte (VeKa) wird der Versicherte mit der Kartennummer und der AHV-Nummer elektronisch identifiziert. Auf der Chipkarte lassen sich auch elektronische Versicherungszertifikate für eHealth-Projekte abspeichern.

##### Zusätzliche Leistungen des VeKa-Centers

Die Versichertenkarte bietet Patienten die Möglichkeit, ihre persönlichen Notfalldaten zu speichern. Zudem betreibt das VeKa-Center eine Plattform für die Zentrale Meldestelle der Versichererwechsler (ZMV). Das VeKa-Center unterstützt die Behörden bei der Obligatoriumsprüfung und bei eGovernment (eUmzugCH).

##### Leistungsfähige Infrastruktur

Das VeKa-Center betreibt eine Plattform für die administrativen Abfragedienste der Leistungserbringer bei der Patientenaufnahme, der Behandlung und der Rechnungsstellung. Die Abteilung unterstützt die direkte Verrechnung an den Krankenversicherer (Verfahren Tiers payant) durch aktuelle, verifizierte und validierte Daten im In- und Ausland. Im Vordergrund stehen die verbindliche Datenqualität und die enge Zusammenarbeit mit Krankenversicherern und Leistungserbringern zum Vorteil des Patienten.



## Die fünf Bereiche des VeKa-Centers:

- Kartenproduktion
- Abfragedienste
- AHV-Nummer
- Medizinische Notfalldaten
- Identity-Management-Services

### Von der Produktion bis zur Verifizierung

Das VeKa-Center verfügt über folgende fünf Bereiche:

1. Die Kartenproduktion für die Versicherten auf Basis der Bestellrecords des Versicherers.
2. Die Abfragedienste für die medizinischen Leistungserbringer auf Basis der Deckungsrecords des Versicherers.
3. Die Verifizierung und Zuteilung der AHV-Nummer als Sozialversicherungsnummer für die Versicherten.
4. Die Versicherten können optional bei medizinischen Leistungserbringern ihre persönlichen Notfalldaten auf der Versichertenkarte speichern lassen.
5. Als Identity-Provider authentifiziert und autorisiert das VeKa-Center Teilnehmer von Portalen im Gesundheitswesen und verwaltet die digitalen Identitäten.

### Versicherer und Patienten profitieren

Der teilnehmende Versicherer hat die Möglichkeit, die verschiedenen Aufgabengebiete seiner Versichertenkarte an das VeKa-Center zu delegieren. Dort werden verschiedene Anwendungen betrieben und entwickelt, um Versicherer und Patienten optimal zu unterstützen.

Diese Bündelung erlaubt einen gemeinsamen und kostengünstigen Betrieb für die teilnehmenden Krankenversicherer.

### Datenschutz und Datensicherheit

Das VeKa-Center arbeitet konsequent auf der Basis der rechtlichen Vorgaben, der fachlichen Branchenlösung, der Datensicherheit und des Datenschutzes. Damit wird eine verbindliche Qualität erzielt.

## Die Kartenproduktion: Wie kommen die Daten auf die Versichertenkarte?

### Verschiedene Kartenprodukte

Das VeKa-Center verfügt über verschiedene kundenspezifische Kartenprodukte. Im Vordergrund steht die offizielle Schweizerische Versichertenkarte gemäss der Verordnung Versichertenkarte (VVK) mit der Europäischen Krankenversicherungskarte auf der Rückseite. Zudem kann der Versicherer spezielle Karten für Zusatzversicherte erstellen und verteilen lassen.

### Optimal auf die Versicherer zugeschnitten

Die Erarbeitung der Layouts erfolgt zusammen mit dem Kunden. So lässt sich die Branchenlösung optimal an die Kundenbedürfnisse anpassen, wobei sie auch Briefe, Kartenhalter, Beilagen, Verpackung und Versand beinhaltet.

### Zentral gesteuerte Verarbeitung

Die Datenlieferung durch die Versicherer erfolgt gemäss den bewährten technischen Richtlinien der Branchenlösung. Die Verarbeitung im Kartenmanagementsystem des VeKa-Centers wird anhand von verschiedenen Mutationscodes gesteuert.

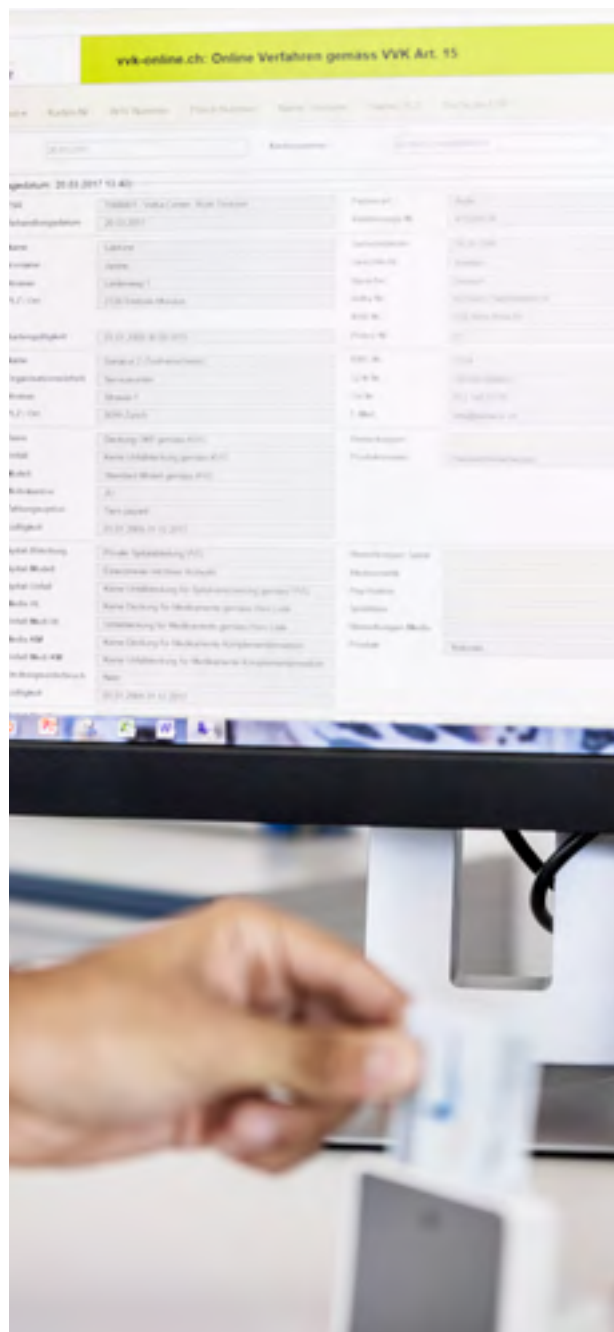
### Nur die wichtigsten Daten

Die Personalisierung der Karten erfolgt beim Produzenten aufgrund der angelieferten, verifizierten und freigegebenen Daten des Versicherers. Sie umfasst den bedruckten Sichtausweis und den Mikroprozessor. Auf der Versichertenkarte selbst sind nur die wichtigsten Daten und Identifikationen verzeichnet, damit nicht bei jeder Änderung (z.B. Adresse, Versichertendeckung usw.) eine neue Karte erstellt und versandt werden muss.





## Die Abfragedienste: Welchen Nutzen bringen sie den Beteiligten?



### Plattform für Abfragedienste

Das VeKa-Center betreibt zur Verbesserung der administrativen Prozesse zwischen dem Versicherer und dem medizinischen Leistungserbringer sowie dem Patienten eine aussagefähige und laufend aktualisierte Plattform für die Abfragedienste der verschiedenen Leistungserbringer wie Ärzte, Apotheken, Laboratorien, Spitäler und Pflegeheime.

### Laufend aktualisierte Daten

Zusammen mit Leistungserbringer-Organisationen und verschiedenen Partnern betreibt das VeKa-Center elektronische Abfragedienste. Damit werden die neusten und weitergehenden Daten für Folgeprozesse übergeben.

### Integration in die Prozesse

Die Versicherer können an diesen angebotenen Abfragediensten teilnehmen und sie in ihre internen Prozesse (Kostengutsprache, Eintrittsmeldung, Rechnungskontrolle usw.) integrieren. Die elektronischen Abfragedienste unterstützen die kundenfreundliche, direkte Verrechnung der Leistungen vom medizinischen Leistungserbringer an den Versicherer.

### Datenhoheit und Datenkonsistenz

Die Versicherer haben zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit die Abfrage Ihrer Daten einzuschränken oder freizugeben. Das VeKa-Center sichert mit der parallelen Führung der persönlichen Identifikationen wie Police-, Versichertenkarten- und AHV-Nummer die erforderliche Datenkonsistenz.

## Die AHV-Nummer: Wie gewährleistet das VeKa-Center sichere Personen-Identifikation?

### Schnittstelle mit der Zentralen Ausgleichsstelle ZAS

Das VeKa-Center betreibt eine Schnittstelle mit der ZAS, um vor jeder Kartenproduktion die AHV-Nummer zu verifizieren und wenn nötig eine Nummer für Neueintritte zu beziehen.

### Clearing bei Spezialfällen

Das VeKa-Center übernimmt das Clearing bei Spezialfällen und versorgt die teilnehmenden Versicherer laufend mit den offiziellen Eigenschaften und Angaben zur versicherten Person gemäss den amtlichen Registern (offizieller Name, Angaben zu Eltern usw.).

### Eindeutige Personen-Identifikation

Die AHV-Nummer als Sozialversicherungsnummer und übergreifende Personen-Identifikation erleichtert sämtlichen Institutionen die administrativen Arbeiten.





## Die neue Chipkarte: Welche Unterstützung bringt die Karte dem Versicherten?

### Layout der Vorderseite

Die Versichertenkarte umfasst auf der Vorderseite die nationale Versichertenkarte gemäss der Verordnung Versichertenkarte (VVK) mit dem Mikroprozessor für administrative Daten und fakultative medizinische Notfalldaten. Auf der Vorderseite kann der Versicherer sein Logo, eigene Kontaktangaben und Telefonnummern kommunizieren.

### Layout der Rückseite

Die Rückseite besteht aus der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC). Die Versichertenkarte unterstützt die Versicherten beim Leistungsbezug im europäischen Raum.

### Zugang zum Gesundheitswesen

Die Versichertenkarte gewährt dank ihrer «Schlüsselbund-Funktion» mit der offiziellen Versichertenkartennummer und der AHV-Nummer für die administrativen und elektronischen Optimierungen und Folgeprozesse (Kostengutsprache, Eintrittsformular, Eintrittsmeldung, Rechnungsstellung) beim Leistungserbringer den Zugang zum Gesundheitswesen.

### Abfragedienst für aktuelle Informationen

Da die Daten auf der Versichertenkarte nicht aktualisiert werden können, gibt es einen elektronischen Abfragedienst für die Leistungserbringer. So können die aktuellen Versicherten- und Deckungsinformationen laufend abgerufen werden.

## Das VeKa-Center: Welche Dienstleistungen bietet Ihnen das VeKa-Center?

### Dienstleistungen und Service

Das VeKa-Center bietet den Versicherern und dem Gesundheitswesen folgende Dienstleistungen:

1. Kartenproduktion für alle Kartenprodukte der Grund- und der Zusatzversicherung gemäss dem Bestellrecord mit Preistabelle für Rohlinge, Mikroprozessoren und Personalisierung.
2. Abfragedienste für medizinische Leistungserbringer-Organisationen gemäss dem Zahlstellenregister (ZSR), analog dem Deckungsrecord des Versicherers.
3. AHV-Nummer als Verifizierung, Neuzuteilung und Clearing der Spezialfälle gemäss dem Bestellrecord des Versicherers.
4. Zusätzliche Dienstleistungen rund um die Versichertenkarte wie die Zentrale Meldestelle für Versichererwechsel (ZMV) oder die Integration der kantonalen «Liste säumiger Prämienzahler» (LSP).
5. Sichere Authentifizierung und Autorisierung von Systemteilnehmern für den Zugriff auf Portale im Gesundheitswesen, welche eine sichere Identifikation unabdingbar machen.

### Zertifizierung

Das VeKa-Center verfügt über eine Datenschutz-zertifizierung und gewährt so die vollständige Datensicherheit.







## Der Datenfluss: Wie gestalten sich die verschiedenen Prozesse bei der Versichertenkarte?

### Verschiedene Prozesse

Die Branchenlösung umfasst verschiedene Prozesse innerhalb des Datenflusses. Der teilnehmende Versicherer bestellt seine Versichertenkarte mit dem Bestellrecord gemäss den Richtlinien für die Datenlieferung.

### Datenlieferung an das VeKa-Center

Die Datenlieferungen des Versicherers werden im VeKa-Center entschlüsselt, verifiziert, kontrolliert und anschliessend importiert. Nach der Prüfung der AHV-Nummer erhält der Versicherer eine Rückmeldung mit den übernommenen Daten und eine Offerte. Bei Annahme der Offerte wird der Auftrag ausgeführt.

### Auftrag- und Rückmelderecord

Das VeKa-Center erstellt einen Auftragsrecord für den Kartenhersteller, der die Karten produziert und an die betreffenden Versicherten verschickt. Nach Abschluss des Auftrages erhält der Versicherer einen Rückmelderecord mit den folgenden Informationen: Versichertenkartennummer, AHV-Nummer, Dateninhalte und inoffizielle AHV-Eigenschaften.

### Änderungen der Deckungen ans VeKa-Center melden

Bei den Deckungsdaten kann der Versicherer seine Änderungen laufend mit dem Deckungsrecord an das VeKa-Center melden. Er erhält auch hier einen Rückmelderecord mit den übernommenen Daten. Diese Informationen werden in der Abfrageplattform zur Verfügung gestellt.

### Datensicherheit

Für die sensiblen Verarbeitungsprozesse verfügt die SASIS AG über eine sichere Produktionszone. Der Zugriff auf Mandanten-Daten ist organisatorisch und technisch abgesichert.



“

*Der teilnehmende Versicherer  
hat die Möglichkeit die  
verschiedenen Aufgabengebiete  
seiner Versichertenkarte an das  
VeKa-Center zu delegieren.*

# Zahlstellenregister

Technische Facts & Figures  
- Agile Software Development  
- Web Technologies  
- Microservices

Das umfassende Verzeichnis der medizinischen  
Leistungserbringer im Gesundheitswesen



## 2 ZSR

### Das Zahlstellenregister Alle Leistungserbringer in einem offiziellen Register

#### Offizielles «Kreditoren»-Verzeichnis

Das Zahlstellenregister (ZSR) dient als offizielles «Kreditoren»-Verzeichnis zur Erfassung, Zahlung und Bearbeitung von Rechnungen der medizinischen Leistungserbringer. Es wird von der Abteilung Register der SASIS AG bewirtschaftet.

#### Bewirtschaftung der Leistungserbringer

Im ZSR werden die Leistungserbringer gemäss KVG, VVG und UVG bewirtschaftet. Anhand der eingereichten Originalunterlagen werden neue Zahlstellen-Nummern erteilt und aufgrund von verschiedenen Datenquellen laufend mutiert. Im Zentrum stehen die Adressangaben, die Zahlungsinformationen sowie die Gruppenzugehörigkeit für die offiziellen, finanziellen Branchenauswertungen der Leistungsabrechnungen.

#### Zulassung und Qualifikation

Das ZSR führt pro Leistungserbringer die offizielle Zulassung, die Qualifikation und das medizinische Leistungsangebot auf. Zusätzlich werden auch die medizinischen Qualifikationen der Inhaber (Zahlstellen-Nummern) und Angestellten (Kontroll-Nummern) sowie Eigenschaften für die Rechnungskontrolle beim Krankenversicherer bewirtschaftet und pro Spital die medizinischen Leistungsaufträge gemäss der kantonalen Spitalliste abgebildet.

#### Laufende Abstimmung

Im ZSR werden die Informationen laufend mit anderen Datenquellen und Verzeichnissen (GLN, Med-Reg, UID) abgestimmt. Die erfassten Informationen können so zentral gespeichert und an die entsprechenden Partner im Gesundheitswesen weitergegeben werden.



## Die drei Bereiche des Zahlstellenregisters:

- Basisdaten
- Qualifikationen
- Eigenschaften

### Informationen über Leistungserbringer

Das Zahlstellenregister umfasst folgende drei Bereiche:

1. Basisdaten der Zahlstelle (Zahlstellen-Nummer, GLN-Code, Adresse, Kanton, Verband, Partnerartgruppe, Zahlungsverkehr, Angestellte, Status usw.).
2. Qualifikationen der medizinischen Leistungserbringer (Zulassung, Fachausweis, Fähigkeits-/Fertigkeitsausweis usw.).
3. Eigenschaften der Zahlstelle (führende medizinische Tätigkeit, medizinische Ausrüstung, Behandlungsarten, Tarifsysteem, Leistungsaufträge gemäss kantonaler Spitalliste usw.).

### Leistungsabrechnungen

Die Informationen aus den drei Bereichen erlauben dem teilnehmenden Versicherer, die Rechnungen der Leistungserbringer zu erfassen und zu prüfen.

## Die Basisdaten:

Welches sind die wichtigsten Informationen zur Zahlstelle?

### Angaben zur Rechnungsstellung

Im Vordergrund stehen die offizielle Zahlstellen-Nummer und die GLN für die Fakturierung gemäss den Vorschriften zur Rechnungsstellung analog der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz (KVG) und den Tarifverträgen zwischen den Leistungseinkäufern, den Versicherern und den Leistungserbringern. Die Zulassung als Leistungserbringer gemäss KVG wird durch den Kanton erteilt (Berufsausübungsbewilligung, Spitalliste usw.).

### Zuteilung zur Partnerart

Es erfolgt die Zuteilung in zwei Gruppen: Partnerartobergruppe und -untergruppe. Die Obergruppe enthält beispielsweise Ärzte, Apotheken oder Spitäler. Zu den Partnerartuntergruppen gehören zum Beispiel Chirurgie, Allgemeine Innere Medizin oder Radiologie. Die Zuteilung ist erforderlich für die statistischen Auswertungen, die Wirtschaftlichkeitsverfahren und das Leistungserbringer-Benchmarking.

### Zusammenarbeit mit den Verbänden

Die offizielle Adresse sowie die Angaben für den Zahlungsverkehr sind unumgänglich für die Leistungserfassung. Das ZSR legt hohen Wert auf eine gute Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden und den einzelnen Leistungserbringern, damit die Informationen korrekt, aktuell und aussagekräftig sind.





## Die Qualifikationen: Wer wird ins Zahlstellenregister aufgenommen?

### Prüfung stellvertretend für alle Versicherer

Beim ZSR werden die amtliche Zulassung und die medizinischen Qualifikationen stellvertretend für alle Krankenversicherer geprüft.

### Der Vorteil:

Die Leistungserbringer müssen sich nicht bei jedem einzelnen Krankenversicherer legitimieren, sondern können Mutationen einfach und zentral an einer Stelle melden.

### Inhaber und Angestellte

Die medizinischen Qualifikationen umfassen sowohl die Zahlstellen-Nummer eines Inhabers als auch von angestellten medizinischen Fachpersonen (sogenannte Kontroll-Nummern). Bei einzelnen Berufsgruppen sind spezielle Dignitäten, Behandlungsmethoden und Therapien verzeichnet.

### Individuelle Mandatenlösungen

Zusätzlich zur reglementierten Grundversicherung des KVG bewirtschaftet das ZSR auch die Leistungserbringer der Zusatzversicherung des VVG und der Unfallversicherung UVG.

### Bewirtschaftung der Institutionen

Das ZSR führt auch Institutionen wie Spitäler und Pflegeheime auf und bewirtschaftet sie gemäss den kantonalen Listen und den Leistungsaufträgen.

## Die Eigenschaften: Welche zusätzlichen Angaben werden im Zahlstellenregister aufgeführt?

### Informationen für statistische Auswertungen

Das ZSR enthält zusätzliche Informationen für statistische Auswertungen wie beispielsweise Gruppierungen oder Benchmarking-Kriterien.

### Auflistung des medizinischen Angebots

Für die Abwicklung der Tarifverträge ist es notwendig, dass zusätzliche Informationen abgelegt werden. Dazu gehört auch die Auflistung des medizinischen Angebots.

### Branchenstatistik

Durch die Zuteilung der eindeutigen Zahlstellen-Nummer werden die Branchenstatistiken wie Datenpool (DP) und Tarifpool (TP) ermöglicht.



“  
*Dank des Zahlstellenregisters kann zeitlicher und administrativer Aufwand minimiert werden.*”

## Der Nutzen:

### Was bringt das Zahlstellenregister den Partnern im Gesundheitswesen?

#### Offizielles Verzeichnis

Das Zahlstellenregister ist das offizielle Verzeichnis der medizinischen Leistungserbringer nach KVG, VVG und UVG. Die Bewirtschaftung erfolgt zentral und in enger Zusammenarbeit mit den Leistungserbringerverbänden, den Leistungserbringern, Versicherungen und anderen Partnern im Gesundheitswesen.

#### Beleg- und Rechnungsprüfung

Die Informationen des ZSR ermöglichen eine automatisierte, verlässliche Beleg- und Rechnungsprüfung.

#### Kreditoren-Verzeichnis

Der Versicherer verwendet das ZSR unter anderem auch als Kreditoren-Verzeichnis für den Zahlungsverkehr. So erhält er Auskunft über die offiziellen Zahlungsverbindungen der hinterlegten Inkassostellen respektive Leistungserbringer.



## Das Angebot:

### Welche Leistungen bietet das Zahlstellenregister seinen Nutzern?

Die Abteilung Register der SASIS AG betreut die folgenden Anwendungen für die teilnehmenden Kunden:

1. Bewirtschaftung aller Zahlstellenregister- und Kontroll-Nummern im Auftrag der teilnehmenden Versicherer mit Neuvergaben, Mutationen und Qualitätskontrollen.
2. Bereitstellung der ZSR-Daten als Web-Applikation für die Benutzer des teilnehmenden Versicherers.
3. Bereitstellung der ZSR-Daten als elektronische Standardschnittstelle für die teilnehmenden Versicherer.
4. Bereitstellung der ZSR-Daten für die Leistungserbringer zur Erfassung des einweisenden oder überweisenden Leistungserbringers. Dies dient der Auswertung der veranlassten Kosten bei den Wirtschaftlichkeitsberechnungen.
5. Bereitstellung der ZSR-Daten als Schnittstelle für den elektronischen Datenaustausch (Referenzdaten, elektronische Belegprüfung und Rechnungsprüfung).

#### Zertifizierung

Das Zahlstellenregister verfügt über eine Datenschutzzertifizierung und gewährt so die vollständige Datensicherheit.





Der Ablauf:

## Wie gestalten sich die Prozesse und der Datenfluss im Zahlstellenregister?

### Verschiedene Lösungen

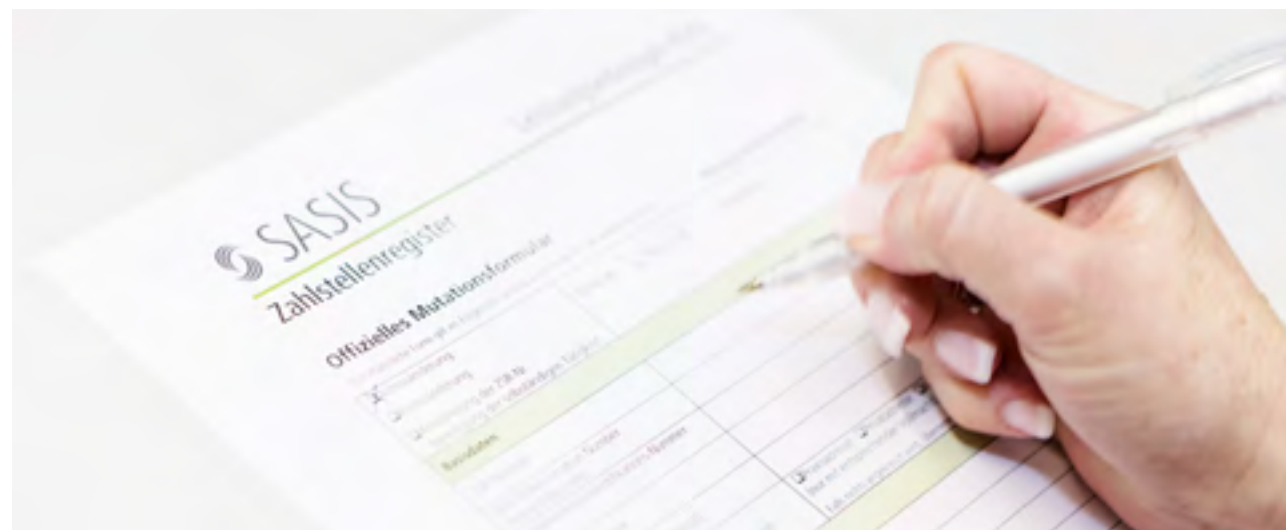
Die Branchenlösung umfasst verschiedene Prozesse bei der Bewirtschaftung und Verteilung der Daten. Im Vordergrund stehen die Neuaufnahmen und die Mutationen aufgrund der verschiedenen Belege und Datenquellen. Die Angaben werden geprüft, verifiziert und verknüpft. Danach erfolgt die Freigabe und die Bereitstellung der Daten für die elektronische Übermittlung an den Versicherer oder seine berechtigten Institutionen.

### Verfügbarkeit der Daten

Die Daten werden ebenfalls für die anderen Branchenlösungen freigegeben. Dazu gehören Datenpool (DP), Tarifpool (TP), Abfragedienste bei der Versichertenkarte (VeKa) und das Zentrale Vertragsregister (ZVR) für den Beitritt zu den einzelnen Tarifverträgen. Die Daten stehen den offiziellen Kontaktpersonen sowie persönlich registrierten Benutzern zur Verfügung.

### Datenschutz gewährleistet

Das ZSR wird gemäss dem Bearbeitungsreglement des Datenschutzes geführt. Die Datensicherheit ist gewährleistet und der Zugriff auf die Mandanten-Daten der einzelnen Versicherer ist organisatorisch und technisch abgesichert.



“

*Wir gewährleisten den Datenschutz und die Verfügbarkeit Ihrer Daten.*

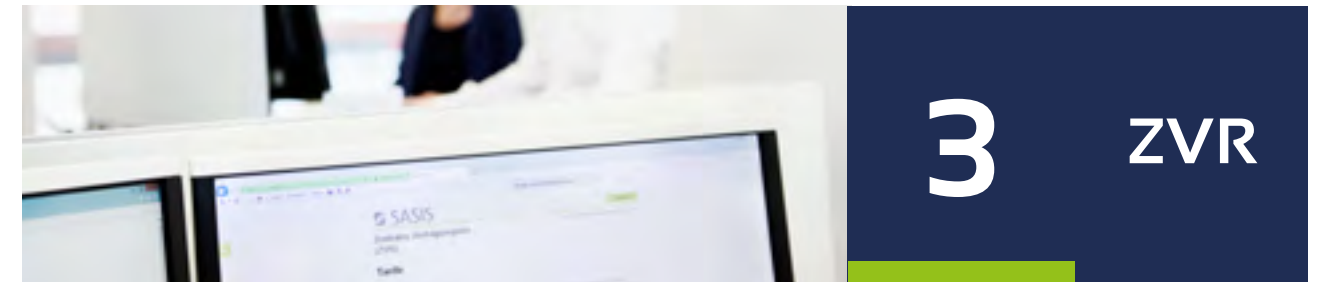


# Zentrales Vertragsregister



Technische Facts & Figures  
- Scrum  
- SOA

Das aktuelle Verzeichnis der Tarifverträge der  
Schweizer Krankenversicherer



## Zentrales Vertragsregister Ein zentrales elektronisches Verzeichnis für die aktuellen Tarifverträge

### Nachschlagewerk der aktuellen Tarifverträge

Das Zentrale Vertragsregister (ZVR) dient als Nachschlagewerk der aktuellen Tarifverträge für den Leistungseinkauf und die Rechnungskontrolle beim Krankenversicherer.

### Tarifverträge

Das ZVR bildet die Tarifverträge in einem Dokumenten-Verwaltungssystem mit einer offiziellen Vertragsnummer und allen Anhängen ab. Das ZVR verknüpft in der Logik des Tarifvertrages die drei Bestandteile Leistungserbringer, Tarif und Krankenversicherer.

### Verträge der Leistungseinkäufer verfügbar

Die Leistungseinkäufer übergeben ihre abgeschlossenen Verträge zur Erfassung dem ZVR. Aus dem Dokument werden die teilnehmenden Verbände und Leistungserbringer gemäss ZSR und Krankenversicherer entnommen und erfasst. Zudem wird aus dem Anhang eine strukturierte Preistabelle erstellt.

### Mandanten-Option

Das ZVR gewährt den Versicherern eine Mandanten-Option, damit sie ihre eigenen Tarifverträge, Preise und Dokumente für KVG und VVG direkt im ZVR verwalten und benutzen können. Zudem bietet das ZVR den Versicherern die Möglichkeit, ihre eigenen Informationen zu den Leistungserbringern (z.B. Listen ausgewählter Leistungserbringer, Hausarztlisten, Methoden und Therapien von Erfahrungsmedizinern, Managed Care usw.) zu bewirtschaften.



## Die drei Bereiche des Zentralen Vertragsregisters:

- Basisdaten
- Tarifpartner
- Preis- / Tariftabelle

### Verschiedene Bereiche

Das Zentrale Vertragsregister umfasst folgende drei Bereiche:

1. Basisdaten der Tarifverträge (offizielle ZVR-Vertragsnummer, Deckungsart KVG/VVG, Vertragsstruktur mit Anhängen und Verbindungen, Originaldokumente, elektronische Etikette, Anwendungsbereich und Gültigkeitsperiode usw.).
2. Teilnehmende Verbände, Leistungserbringer und Krankenversicherer (Vertragspartner, Genehmigung, Zuordnung der ZSR-Leistungserbringer, Zuordnung der Versicherer usw.).
3. Strukturierte Preistabellen mit Bezug zu den Tarifen (führende medizinische Tätigkeit, medizinische Ausrüstung, Behandlungsarten, Verbandstarif, Tarifsysteem usw.).

### Instrument zur Rechnungsprüfung

Die Informationen aus den drei Bereichen dienen beim teilnehmenden Versicherer zur Erfassung und Prüfung der Rechnungen der medizinischen Leistungserbringer. Zudem können die Versicherer auf umfassende Zusatzinformationen zurückgreifen (Tarifverzeichnisse, Rundschreiben, manuelle Rechnungsprüfung, Nachschlagewerke, Dokumente, Notizen für Instruktionen und Interpretationen).

## Die Basisdaten:

Welches sind die wichtigsten Informationen aus einem Tarifvertrag?



### Originale Vertragsdokumente

Im Vordergrund stehen die offizielle ZVR-Vertragsnummer und das originale Vertragsdokument als PDF für den Leistungseinkauf und die Rechnungsprüfung beim Versicherer.

### Elektronische Etikette

Sie ordnet dem Vertrag diverse Kriterien wie Behandlungsart, Partnerart, Versicherungsprodukt, Vertragsart und Leistungseinkäufer zu.

### Gültigkeitsinformationen

Sie umfassen die Periode und die Kündigungsfristen. Zudem werden die vereinbarten Zahlungsfristen angezeigt.

### Verknüpfungen

Diese zeigen die Verbindungen zu anderen Verträgen (Rahmenverträge, Qualitätssicherungsverträge usw.) an.





## Die Teilnehmer:

Welche Leistungserbringer und Krankenversicherer werden bewirtschaftet?

### Leistungserbringer, Patienten und Preise

Das ZVR verwaltet sowohl die direkten Vertragspartner (Leistungserbringer-Organisationen und Leistungseinkäufer) als auch die Beitritte der Zahlstellen-Nummer und der Krankenversicherer (BAG-Nummer). Damit wird der Anwendungsbereich beim Versicherer und beim Leistungserbringer dargestellt. So stellt das ZVR dar, bei welchem Leistungserbringer für welche Patienten welcher Preis gilt.

### Bewirtschaftung der Vertragsteilnehmer

Die Teilnehmer am Vertrag werden durch die Abteilung Register in enger Zusammenarbeit mit den Leistungseinkäufern und Leistungserbringer-Organisationen bewirtschaftet. Eine E-Mail-Funktion informiert die Benutzer selektiv über neue Vertragsabschlüsse. Bei der Mandanten-Option kann der teilnehmende Versicherer zudem seine eigenen Tarifverträge sowie eigene Dokumente beifügen.

## Die Preistabelle:

Wie kommt man vom Vertrag zum Preis?

### Strukturierte Preistabelle

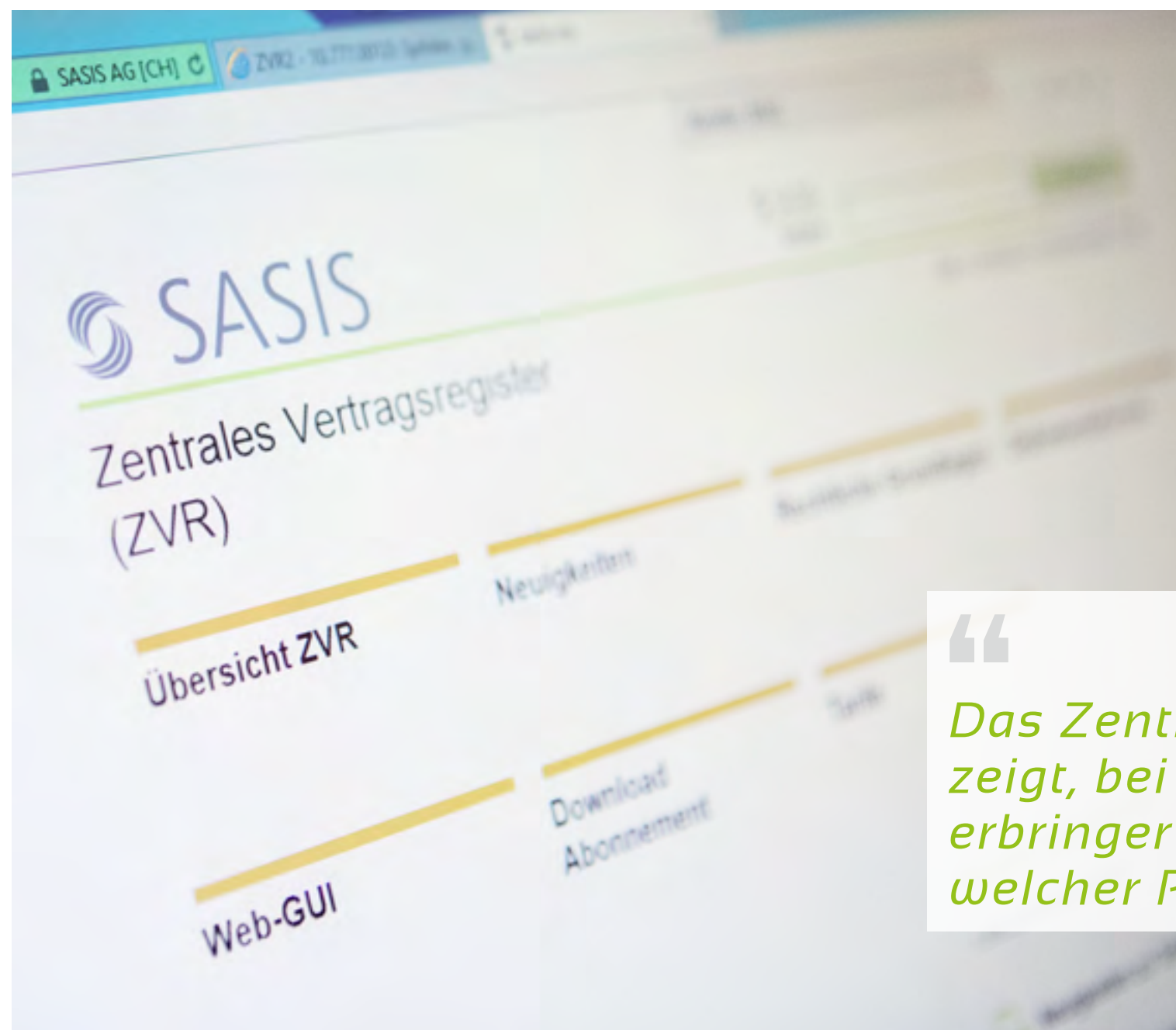
Die Preise aus dem Tarifvertrag werden in einer strukturierten Tabelle dargestellt und können anschliessend elektronisch verwendet werden.

### Nach Tariftyp und Tarifposition

Die Tabelle ordnet die Preise jeweils einem Tariftyp und einer entsprechenden Tarifposition zu. Bei den einzelnen Preisen werden die entsprechenden Anwendungskriterien wie Spitalklasse, Versicherungsprodukt, Kostenart, kantonal/ausserkantonale und Behandlungsart aufgeführt.

### Relevanter Preis

Bei der Rechnungsprüfung kann aufgrund der Anwendungskriterien der relevante Preis eruiert werden.



“

*Das Zentrale Vertragsregister zeigt, bei welchem Leistungserbringer für welche Patienten welcher Preis gilt.*





## Der Nutzen:

### Welche Vorteile bietet Ihnen das Zentrale Vertragsregister?

#### Vollständigkeit

Das Zentrale Vertragsregister ist das vollständige Verzeichnis der Tarifverträge nach KVG und VVG.

#### Zentrale Bewirtschaftung

Die Datenpflege erfolgt zentral und in enger Zusammenarbeit mit den Leistungseinkäufern und den Versicherern sowie mit weiteren Partnern im Gesundheitswesen (BAG, Verbände, Leistungserbringer-Organisationen). Der Leistungseinkäufer kann seine abgeschlossenen Tarifverträge den teilnehmenden Versicherern in elektronischer Form zur Verfügung stellen.

#### Beleg- und Rechnungsprüfung

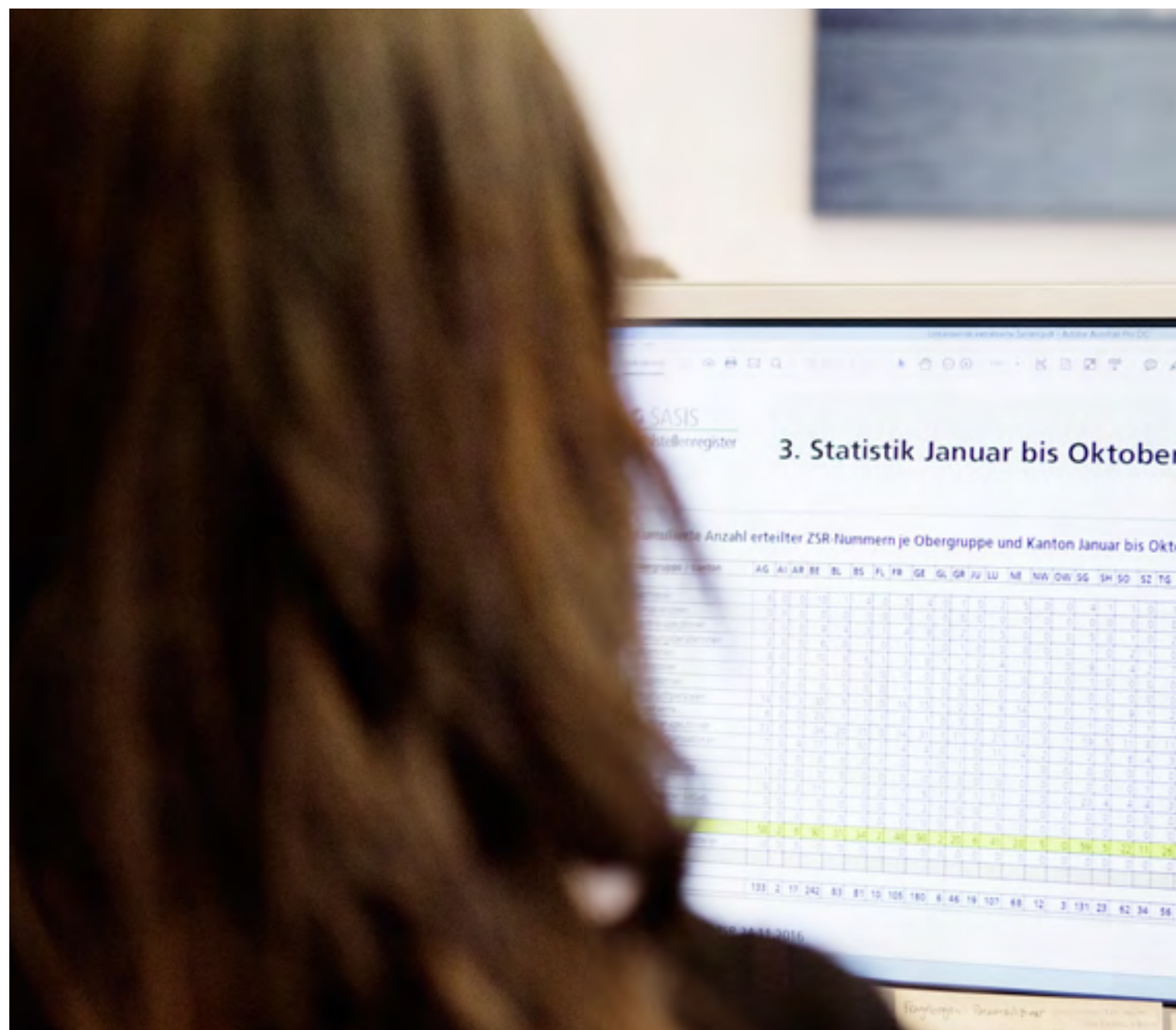
Die Informationen des ZVR ermöglichen dem Versicherer, die Beleg- und Rechnungsprüfung verlässlich durchzuführen, da er auf die anwendbaren Preise zurückgreifen kann.

#### Mandanten-Option

Damit entscheidet der teilnehmende Versicherer selbst, welche Informationen er aus dem ZVR verwenden oder ergänzen will. Damit er über vollständige Daten verfügt, kann er seine eigenen Tarifverträge im ZVR führen.

## Das Angebot:

### Wie können Sie das Zentrale Vertragsregister nutzen?



Die Abteilung Register der SASIS AG betreut die folgenden Anwendungen für die teilnehmenden Versicherer:

1. Bewirtschaftung der aktuellen und vorgängigen ZVR-Tarifverträge im Auftrag der teilnehmenden Versicherer mit der Erfassung und Verknüpfung der neuen Verträge der verschiedenen Leistungseinkäufer und der Versicherer für KVG und VVG.
2. Bereitstellung der ZVR-Daten als Web-Applikation für die Benutzer des teilnehmenden Versicherers.
3. Bereitstellung der ZVR-Daten als elektronische Standardschnittstelle für die teilnehmenden Versicherer für die Integration in deren Applikationen.
4. Bereitstellung der ZVR-Daten als Schnittstelle für den elektronischen Datenaustausch (Referenzdaten, elektronische Belegprüfung und Rechnungsprüfung).
5. Mandanten-Lösung für den teilnehmenden Versicherer, so dass eigene Tarifverträge verwaltet und benutzt werden können. Der Versicherer erhält nur in diejenigen Tarifverträge Einsicht, denen er beigetreten ist.

#### Zertifizierung

Das Zentrale Vertragsregister verfügt über eine Datenschutzzertifizierung und gewährt so die vollständige Datensicherheit.





## Der Ablauf:

### Wie gestalten sich die Prozesse und der Datenfluss im Zentralen Vertragsregister?

#### Neuaufnahmen und Verknüpfungen

Die Branchenlösung beinhaltet verschiedene Prozesse bei der Bewirtschaftung und Verteilung der Daten. Im Vordergrund stehen die Neuaufnahmen und die Verknüpfungen aufgrund der Original-Verträge. Danach erfolgt die Freigabe der Tarifverträge und die Bereitstellung der Daten für die elektronische Übermittlung an den Versicherer oder an seine berechtigten Institutionen.

#### Offizielle Kontaktpersonen und registrierte Benutzer

Die Daten werden gemäss der Benutzerverwaltung den offiziellen Kontaktpersonen sowie persönlich registrierten Benutzern zur Verfügung gestellt.



“

*Das Zentrale Vertragsregister ist das umfassende Verzeichnis der Tarifverträge nach KVG und VVG.*



# Datenpool



Technische Facts & Figures  
- Data Warehousing  
- Business Intelligence  
- Reporting

Die detaillierte Branchenstatistik der medizinischen Leistungen

## 4 DP



## Der Datenpool Auswertung der medizinischen Leistungen der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein

### Alle Versicherten

Der Datenpool (DP) wird von der Abteilung Statistik der SASIS AG produziert. Alle Versicherer liefern monatlich ihre verdichteten Daten an den Datenpool.

### Konsolidierung der Branche

Die Rechnungen der Leistungserbringer werden beim Versicherer pro Zahlstellen-Nummer abgerechnet und pro Monat verdichtet an die SASIS AG zur Konsolidierung der Branche geliefert.

### Aufschlüsse und Einblicke

Die multidimensionalen Auswertungen geben Aufschluss über die Kostenentwicklung beim einzelnen Leistungserbringer (z.B. Arztpraxis) und bei einer Leistungserbringer-Gruppe (z.B. Neurologen) innerhalb der Schweiz, eines Kantons oder einer Prämienregion. Zusätzlich werden in der Grundversicherung nach KVG die Kostenbeteiligungen und Prämien erfasst, wodurch der Bruttoerfolg dargestellt werden kann.

### Vergleiche, Prognosen, Kontrollen

Der Datenpool findet vielfältige Anwendungen: So etwa bei Kostenkontrollen, -monitorings, -vergleichen und -prognosen wie auch bei Wirtschaftlichkeitskontrollen, Mengenentwicklungen und Tarifverhandlungen.

### Kosten pro versicherte Person

Die im Datenpool aufbereiteten Kennzahlen zeigen die Kosten und Prämien pro versicherte Person der Grundversicherung nach KVG in der Schweiz, in den Kantonen und in den einzelnen Prämienregionen.





## Die vier Statistikbereiche:

- Leistungserbringer
- Leistungsarten
- Versicherungs-Ergebnis
- Kantons-Ergebnis

### Von der Produktion bis zur Verifizierung

Der Datenpool verfügt über folgende vier Betrachtungsweisen:

1. Detaillierte Leistungserbringer-Statistik KVG und VVG gemäss Zahlstellen-Nummer (Arztpraxis, Apotheke, Spital, Pflegeheim, Spitex usw.).
2. Leistungsarten KVG (Arztbehandlungen, Medikamente von der Apotheke, Spital ambulant und stationär usw.).
3. Versicherungs-Ergebnis der Krankenversicherungs-Branche (Versicherungsmodelle, Franchisen, Altersgruppen usw.) für das KVG im Bereich der Leistungen, Kostenbeteiligungen und der Prämien.
4. Kantons-Ergebnis der Krankenversicherungs-Branche (Kantone, Prämienregionen) für das KVG im Bereich der Leistungen, Kostenbeteiligungen und der Prämien.

### Absolute Werte und Kennzahlen

Berechnet werden die absoluten Werte sowie die Kennzahlen mit Kosten und Erträgen pro versicherte Person im entsprechenden Kanton und Versicherungsmodell.

### Kostenentwicklung

Die Auswertungen geben Aufschluss über die Kostenentwicklung beim einzelnen Leistungserbringer (z.B. Arztpraxis) und bei einer Leistungserbringer-Gruppe (z.B. Neurologen) innerhalb der Schweiz, eines Kantons oder einer Prämienregion.

## Die Leistungserbringer:

Wo werden die medizinischen Leistungen erbracht?



### Gesamtergebnis pro medizinische Institution

Die beim Versicherer eingereichten Rechnungen der einzelnen Leistungserbringer werden gemäss der Zahlstellen-Nummer der medizinischen Institutionen (Arztpraxis, Apotheke, Spital oder Pflegeheim etc.) erfasst und verdichtet an den Datenpool übermittelt. Sie sind die Basis der Rechnungsstellerstatistik, welche die Kosten pro Leistungserbringergruppe errechnet.

### Monatliche und jährliche Darstellung

Der Datenpool liefert ein Gesamtergebnis pro medizinische Institution als «Kostenstelle» mit allen Angaben wie abgerechnete Bruttoleistungen, Anzahl fakturierte Belege und Anzahl behandelte Erkrankte. Die Umsätze werden nach Grundversicherung (KVG) und Zusatzversicherung (VVG) dargestellt. Mit diesen Zahlen lässt sich monatlich und jährlich die Entwicklung der abgerechneten Leistungen darstellen und überwachen. Sie sind die Basis der gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsverfahren, die bei den Ärzten durchgeführt werden. Dabei findet ein Vergleich der abgerechneten Leistungen der Ärzte statt, wobei statistisch auffällige Abweichungen kritisch betrachtet werden. Dank multidimensionaler Technik lassen sich bei diesem Datenwürfel auch die Angaben nach Versicherten-Gruppe (Alter, Geschlecht, Produkt) und Leistungsart einbeziehen.





## Die Leistungsarten: Wer erbringt welche medizinischen Leistungen?

### Verschiedene Leistungen

Die abgerechneten Leistungen werden auch nach verschiedenen Leistungsarten wie Arztleistungen in der Arztpraxis oder im Spital, Medikament vom Arzt oder der Apotheke sowie stationäre Leistungen nach medizinischen Abteilungen und Pflegeheimleistungen aufbereitet.

### Umfassendes Gesamtergebnis

Damit entsteht ein Gesamtergebnis pro medizinische Leistungsart mit allen Angaben wie abgerechnete Bruttoleistungen, Anzahl fakturierte Belege und Anzahl behandelte Erkrankte. Die Bruttoleistungen werden dabei nur in der Grundversicherung (KVG) betrachtet.

### Kosten pro versicherte Person

Mit diesen Zahlen lassen sich monatlich und jährlich die Entwicklung der abgerechneten Leistungsarten als «Kostenarten» darstellen und überwachen. Sie sind die Basis der Versichertenstatistik, welche die Kosten pro Versicherten errechnet. Damit können die Prämien berechnet oder Vergleiche zwischen den Kantonen durchgeführt werden. Diese Kennzahlen bilden die Basis bei Vertragsverhandlungen oder rechtlichen Auseinandersetzungen bei der Tarifgestaltung.

### Multidimensionale Technik

Dank dieser Technik lassen sich bei den Datenwürfeln auch die Angaben nach Versichertengruppe (Alter, Geschlecht, Produkt) und Leistungserbringer-Gruppe in die Darstellung mit einbeziehen.



## Die Kostenträger: Wer finanziert die medizinischen Leistungen?

### Pro Kanton und Prämienregion

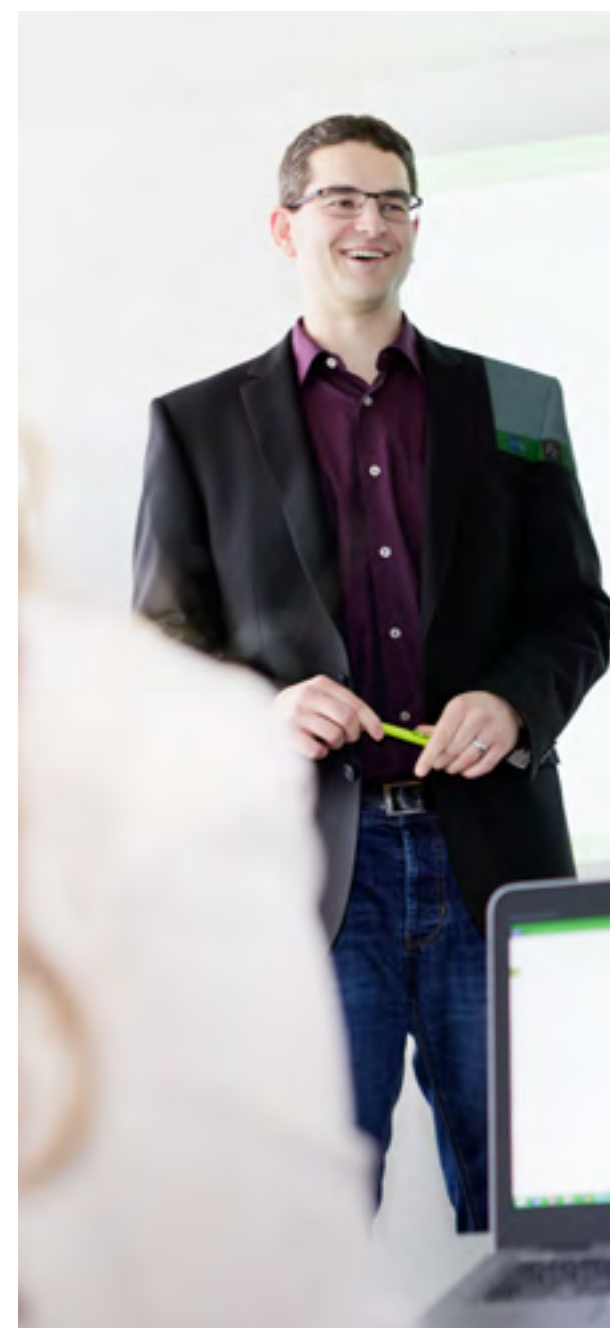
Die abgerechneten Leistungen werden unter anderem den Prämien der Grundversicherung gegenübergestellt. Damit entsteht ein Gesamtergebnis als Bruttoerfolg pro Kanton und Prämienregion mit allen Angaben wie Prämien, Kostenbeteiligungen und medizinischen Leistungen. Es werden nur die Ergebnisse in der Grundversicherung (KVG) betrachtet.

### Vergleiche zwischen den Kantonen

Mit diesen Zahlen lässt sich monatlich und jährlich die Entwicklung der Finanzierung als «Kostenträger» darstellen und überwachen. Sie sind die Basis der Erfolgsrechnung, welche den Bruttoerfolg pro versicherte Person errechnet. Damit können die Ergebnisse der verschiedenen Versicherungsprodukte ermittelt oder Vergleiche zwischen den Kantonen durchgeführt werden. Der Bruttoerfolg umfasst noch keine versicherungstechnische Bildung von Reserven und Rückstellungen, ebenso keine Verwaltungskosten. Diese Angaben sind spezifisch pro Versicherer.

### Multidimensionale Technik

Dank multidimensionaler Technik können bei den Datenwürfeln auch die Angaben nach Versichertengruppe (Alter, Geschlecht, Produktvariante) mit einbezogen werden.







## Aussagekräftige Daten: Welchen Nutzen bietet Ihnen der Datenpool?

### Monatliche Zahlen

Mit dem Datenpool erhalten Versicherer, Branchenverbände, Behörden und Dritte aussagekräftige Daten über die Kostenentwicklung bei den Leistungserbringern und die Finanzierung aus Sicht der Branche der Krankenversicherer. Die Zahlen werden monatlich nachgeführt und sowohl zum Zeitpunkt der Abrechnung beim Versicherer als auch zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns aufbereitet. In Ergänzung zur jährlichen Auswertung der Aufsichtsdaten beim BAG ist der Datenpool sehr aktuell und in detaillierter Form verfügbar.

### Monitoring und Leistungen

Der Datenpool verzeichnet einzelne Veränderungen der Leistungserbringer, der Leistungsarten und der Versicherungsprodukte.

### Datenlieferung oder Online-Abonnement

Der Datenpool unterstützt mit seinem Berichtswesen, seinen Standardberichten, seinen Grafiken und seinen multidimensionalen Analysen zahlreiche institutionelle Benutzer. Sowohl eine Übermittlung der Daten als auch Online-Abonnemente sind möglich.

### Basis für ergänzende Auswertungen

Die teilnehmenden Versicherer liefern ihre verdichteten Basisdaten und erhalten anschließend die konsolidierten Daten der Branche im gleichen Detaillierungsgrad zurück. Es ist zudem möglich, dass die Konsolidierung mit einem Branchenvergleich ergänzt wird, der als Basis für Benchmark-Auswertungen dient.

## Spezifische Angebote: Wie deckt der Datenpool Ihre Bedürfnisse ab?



Die Abteilung Statistik betreut für die Benutzer die folgenden Angebote:

1. Basisdaten als Branchenkonsolidierung für den Branchenverband, die teilnehmenden Versicherer und Datenlieferanten (CSV-Format).
2. Berichtswesen der Branchenkonsolidierung für den Branchenverband und die teilnehmenden Versicherer (PDF-Format).
3. Datenlieferung der Branchendaten als einmaliger oder periodischer Spezialauftrag (CSV- oder XLSX-Format) für Krankenversicherer, Verbände, Behörden und Leistungserbringer-Organisationen.
4. Datenlieferung der Benchmarkdaten als einmaliger oder periodischer Spezialauftrag (CSV-, PDF-, CUB- oder XLSX-Format) für Krankenversicherer.
5. Datenlieferung erfolgt mit OLAP-Würfeln (Cognos-TM1-Format) und Standardberichten für die teilnehmenden Versicherer, die Branchenverbände und die Behörden.
6. Persönliches Abonnement für Berichtswesen und Online-Abfragen (Web-Applikation) mit Standardberichten als Tabellen und Grafiken für die Führungspersonen und Spezialisten bei den teilnehmenden Krankenversicherern und Branchenverbänden.

### Umfangreicher Datenschutz

Entsprechend dem Detaillierungsgrad der bereitgestellten Auswertungen ist eine persönliche Sorgfaltspflichterklärung erforderlich. Der Datenpool verfügt über eine Datenschutzzertifizierung und gewährt so die vollständige Datensicherheit.





## Prozesse und Datenfluss: Ihre Sicherheit ist auf der ganzen Linie gewährleistet.

### Aufbereitung beim Versicherer

Die Branchenlösung umfasst verschiedene Prozesse innerhalb des Datenflusses. Die Datenaufbereitung und die Erstellung des verdichteten Datenträgers erfolgen beim Versicherer gemäss den vorgeschriebenen Richtlinien.

### Freigabe der Daten durch die Versicherer

Die Statistikabteilung entschlüsselt die Lieferungen der Versicherer. Sie verifiziert und kontrolliert die Daten, um diese anschliessend zu importieren. Der Versicherer erhält eine Rückmeldung mit den Ergebnissen, die er kontrollieren und freigeben muss.

### Datensicherheit

Für die sensiblen Verarbeitungsprozesse verfügt die SASIS AG über eine sichere Produktionszone. Der Zugriff auf Mandanten-Daten ist organisatorisch und technisch abgesichert.

### Auswertungsplattform

Die Daten werden zur Branche konsolidiert und für die Auswertungen bereitgestellt. Die Auswertungen werden gemäss der Benutzerverwaltung den offiziellen Kontaktpersonen übermittelt und persönlich registrierten Benutzern zur Verfügung gestellt.



“

*Mit dem Datenpool erhalten  
Sie aussagekräftige Daten über  
die Kostenentwicklung bei den  
Leistungserbringern.*



# Tarifpool

Technische Facts & Figures  
- Data Mining  
- Online Analytical Processing  
- Reporting

Die detaillierte Branchenstatistik der elektronischen medizinischen Tarife



## Der Tarifpool Auswertung der Tarifpositionen der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein

### Verdichtete Daten der Krankenversicherer

Der Tarifpool (TP) wird von der Abteilung Statistik der SASIS AG produziert. Die Mehrheit der Krankenversicherer liefert monatlich ihre verdichteten Daten an den Tarifpool. Die Rechnungen der Leistungserbringer werden beim Versicherer im Vorsystem pro Zahlstellen-Nummer und nach Tarifposition erfasst und pro Monat verdichtet an die SASIS AG zur Konsolidierung der Branchendaten geliefert.

### Aufschluss über die Kostenentwicklung

Die multidimensionalen Auswertungen geben Aufschluss über die Kostenentwicklung der Tarifanwendung (z.B. Arztleistungstarif Tarmed) beim einzelnen Leistungserbringer (z.B. Arztpraxis, Spital) und bei einer Leistungserbringer-Gruppe (z.B. Allgemeine Innere Mediziner, Spitalabteilung Chirurgie) innerhalb der Schweiz und eines Kantons. Zusätzlich werden diese Bruttoleistungen auch nach den einzelnen Versichertengruppen (Altersgruppe, Geschlecht usw.) dargestellt.

### Einsatz bei vielen Anwendungen

Der Tarifpool wird bei vielen Anwendungen wie Tarfbewirtschaftung (Tarifpflege und -entwicklung), Kostenvergleiche, Kostenmonitoring, Tarifverhandlungen, Erkennung von Tarifmissbrauch, Leistungserbringer-Profilen und Mengenentwicklung eingesetzt. Die Kennzahlen zeigen die Taxpunkte und die Bruttoleistungen nach Anzahl von Belegen und Patienten bei den Leistungserbringern und Kantonen.





## Die vier Statistikbereiche:

- Tarif
- Leistungserbringer
- Kanton
- Patientengruppe

### Verschiedene Betrachtungsweisen

Der Tarifpool verfügt über folgende vier Betrachtungsweisen:

1. Detaillierter Tarifkatalog (z.B. Tarmed mit Tarifpositionen, DRG usw.).
2. Medizinische Leistungserbringer gemäss Zahlstellen-Nummer (Arztpraxis, Apotheke, Labor, Spital, Pflegeheim usw.).
3. Nach Kantonen gemäss Standort des Leistungserbringers.
4. Patientengruppe (Alter, Geschlecht, Wohnkanton).

### Absolute Werte und Kennzahlen

Der Tarifpool berechnet absolute Werte sowie Kennzahlen mit Mengen und Preisen pro behandelte Patientengruppe und pro Leistungsbeleg im entsprechenden Kanton.

### Kostenentwicklung

Die Auswertungen geben Aufschluss über die Kostenentwicklung der einzelnen Tarifpositionen beim einzelnen Leistungserbringer (z.B. Arztpraxis) und bei einer Leistungserbringer-Gruppe (z.B. Neurologen) innerhalb der Schweiz oder eines Kantons für die verschiedenen Gruppen von Patienten.

## Die Leistungserbringer:

Wo und wie sind die medizinischen Leistungen fakturiert worden?



### Gesamtergebnis pro medizinische Institution

Die beim Versicherer eingereichten Rechnungen der einzelnen Leistungserbringer werden im Vorksystem gemäss der Zahlstellen-Nummer der medizinischen Institutionen (Arztpraxis, Apotheke, Spital usw.) erfasst und verdichtet an den Tarifpool übermittelt. Damit entsteht ein Gesamtergebnis pro medizinische Institution mit allen Angaben wie Menge, Anzahl Taxpunkte, Taxpunktwerte und Anzahl der behandelten Patienten und erfassten Rechnungsbelege.

### Monatliche und jährliche Entwicklung überwachen

Mit diesen Zahlen lassen sich monatlich und jährlich die Entwicklung der abgerechneten Leistungen darstellen und überwachen. Zudem ergeben sich daraus die Behandlungs-Profile der einzelnen Leistungserbringer und Leistungserbringer-Gruppen. Der Tarifpool vergleicht die Leistungserbringer miteinander und stellt statistisch auffällige Abweichungen dar.

### Angaben zu Patienten

Dank multidimensionaler Technik können bei diesem Datenwürfel auch die Angaben nach Patientengruppe (Alter, Geschlecht, Wohnkanton) mit einbezogen werden.



## Die Tarifpositionen: Welche medizinischen Leistungen werden erbracht?

### Elektronisch strukturierte Tarife

Die Aufbereitung der abgerechneten Leistungen erfolgt nach den verschiedenen elektronisch strukturierten Tarifen wie Arzttarif Tarmed, Physiotarif, Analyseliste, Medikamente nach GTIN, Apothekertarif, DRG usw. Damit entsteht ein Gesamtergebnis pro Tarif und Tarifposition mit allen Angaben wie Menge, Anzahl Taxpunkte, Taxpunktwerte sowie die Anzahl der behandelten Patienten und erfassten Rechnungsbelegen pro Leistungserbringer.

### Basis für Monitoring

Mit diesen Zahlen lässt sich monatlich und jährlich die detaillierte Entwicklung der abgerechneten Tarifpositionen innerhalb eines Tarifkatalogs darstellen und überwachen. Sie sind die Basis für die Überwachung (Monitoring) der einzelnen Tarife. Zudem ergeben sich daraus die Behandlungsprofile der einzelnen Leistungserbringer und Gruppen. Dank der multidimensionalen Technik können bei den Datenwürfeln auch die Angaben nach Patientengruppe (Alter, Geschlecht, Wohnkanton) und Leistungserbringer-Gruppe mit einbezogen werden.



## Die Kantone und die Versicherten: Wo und für wen werden die medizinischen Leistungen erbracht?

### Gesamtergebnis nach Kantonen und Versichertengruppen

Die abgerechneten Tarifpositionen werden zusätzlich nach den Standortkantonen und Patientengruppen dargestellt. Damit entsteht ein Gesamtergebnis nach Kantonen und Patientengruppen mit allen Angaben wie Menge, Anzahl Taxpunkte, Taxpunktwerte und Anzahl der behandelten Patienten und erfassten Rechnungsbelege pro Leistungserbringer. Bei den schweizerischen Tarifstrukturen können die kantonalen Daten miteinander verglichen und ein Benchmarking erstellt werden.

### Angaben zu Leistungserbringern

Dank multidimensionaler Technik lassen sich bei diesem Datenwürfel auch die Angaben zu Leistungserbringern mit einbeziehen.



“

*Bei den Tarifstrukturen können die kantonalen Daten miteinander verglichen und ein Benchmarking erstellt werden.*



## Aussagekräftige Daten: Welchen Nutzen bietet Ihnen der Tarifpool?

### Aussagekräftige Daten

Mit dem Tarifpool erhalten Versicherer, Branchenorganisationen und Behörden aussagekräftige Daten über die detaillierte Kostenentwicklung gemäss den verschiedenen Tarifkatalogen bei den Leistungserbringern.

### Monatlich nachgeführt

Die Zahlen werden monatlich nachgeführt und aus Sicht der Behandlungs- und Geschäftsperiode beim Leistungserbringer aufbereitet. In Ergänzung des Datenpools liefert der Tarifpool die detaillierten Tarifpositionen.

### Monitorings

Sie erlauben einzelne Veränderungen bei den Tarifpositionen und bei den Leistungserbringern in den Kantonen zu beobachten.

### Datenlieferung oder Online-Abonnement

Der Tarifpool unterstützt mit seinen Übersichtsberichten, Hitlisten, Detailberichten, Grafiken und Spezialberichten zahlreiche institutionelle Benutzer. Sowohl eine Übermittlung der Daten, wie auch Online-Abonnemente sind möglich.

### Gleicher Detaillierungsgrad

Die teilnehmenden Versicherer liefern ihre verdichteten Basisdaten und erhalten anschliessend die Konsolidierung der Branchendaten im gleichen Detaillierungsgrad zurück. Es ist auch möglich, dass die Konsolidierung um einen Branchenvergleich ergänzt wird, der als Basis für Benchmark-Auswertungen dient.



## Angebote: Welche Möglichkeiten stellt Ihnen der Tarifpool zur Verfügung?

Die Abteilung Statistik betreut für die Benutzer die folgenden Angebote:

1. Basisdaten als Branchenkonsolidierung für den Branchenverband, die teilnehmenden Versicherer und Datenlieferanten (CSV-Format).
2. Berichtswesen der Branchenkonsolidierung für den Branchenverband, die teilnehmenden Versicherer und die Behörden (PDF-Format).

3. Datenlieferung der Branchendaten als einmaliger oder periodischer Spezialauftrag (CSV- oder XLSX-Format) für Krankenversicherer, Branchenverbände, Behörden und Leistungserbringer-Organisationen.
4. Datenlieferung der Benchmarkdaten als einmaliger oder periodischer Spezialauftrag (CSV-, PDF-, CUB- oder XLSX-Format) für Krankenversicherer.
5. Datenlieferung für die teilnehmenden Versicherer, die Branchenverbände und Behörden mit OLAP-Würfeln (Cognos-TM1-Formate) und Standardberichten.
6. Persönliches Abonnement für Berichtswesen und Online-Abfragen (Web-Applikation) mit Standardberichten als Tabellen und Grafiken für die Führungspersonen und Spezialisten bei den teilnehmenden Krankenversicherern, Branchenverbänden und Behörden.
7. Datawarehouse DRG: Die SASIS AG bereitet die DRG-Fälle des BFS für die Versicherer und Branchenverbände auf.

### Umfangreicher Datenschutz

Entsprechend dem Detaillierungsgrad der bereitgestellten Auswertungen ist eine persönliche Sorgfaltspflichterklärung erforderlich. Der Tarifpool verfügt über eine Datenschutzzertifizierung und gewährt so die vollständige Datensicherheit.





## Prozesse und Datenfluss: Ihre Sicherheit ist auf der ganzen Linie gewährleistet.

### Aufbereitung beim Versicherer

Die Branchenlösung umfasst verschiedene Prozesse innerhalb des Datenflusses. Die Datenaufbereitung und die Erstellung des verdichteten Datenträgers erfolgen beim Versicherer gemäss den vorgeschriebenen Richtlinien.

### Freigabe der Daten durch die Versicherer

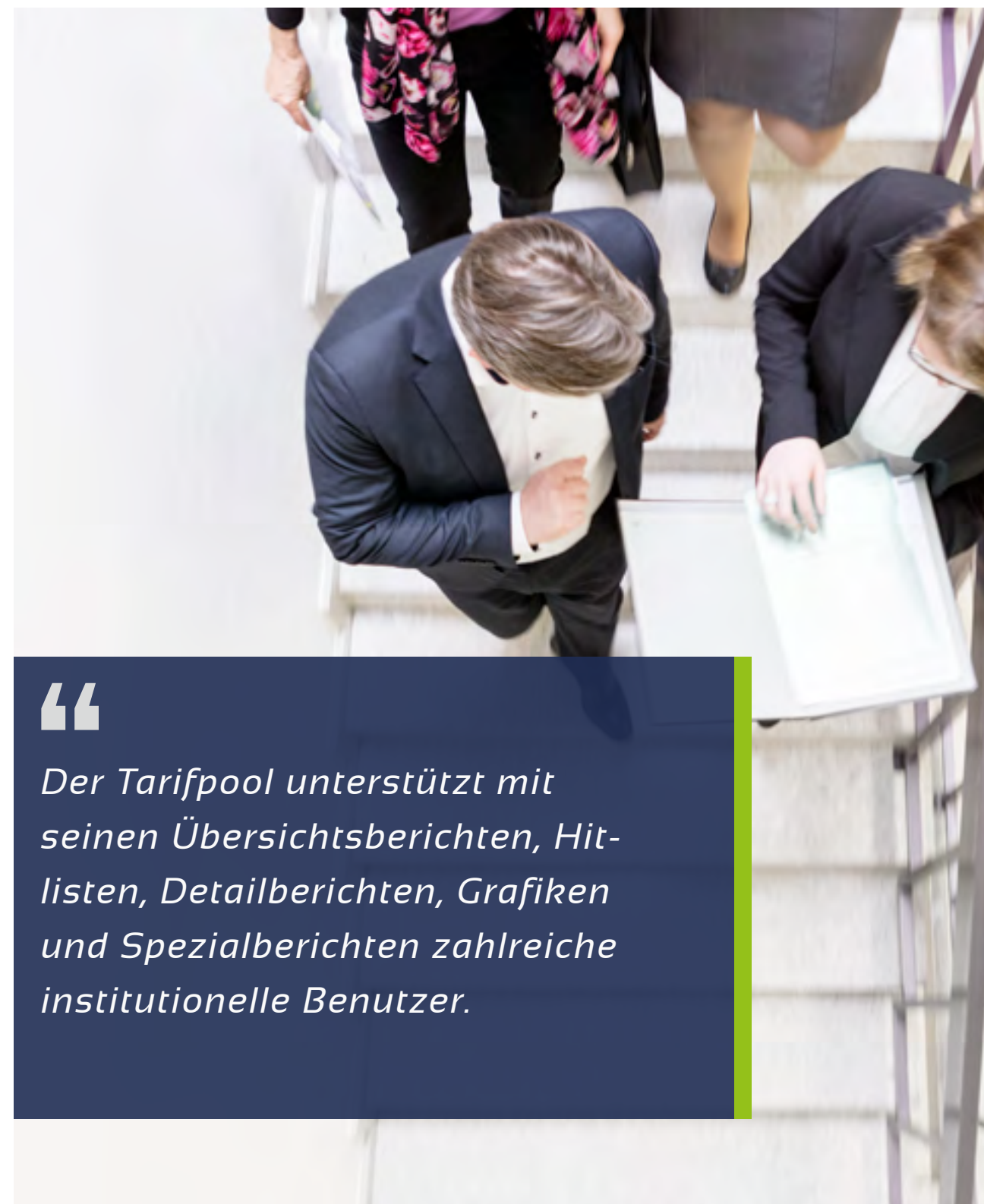
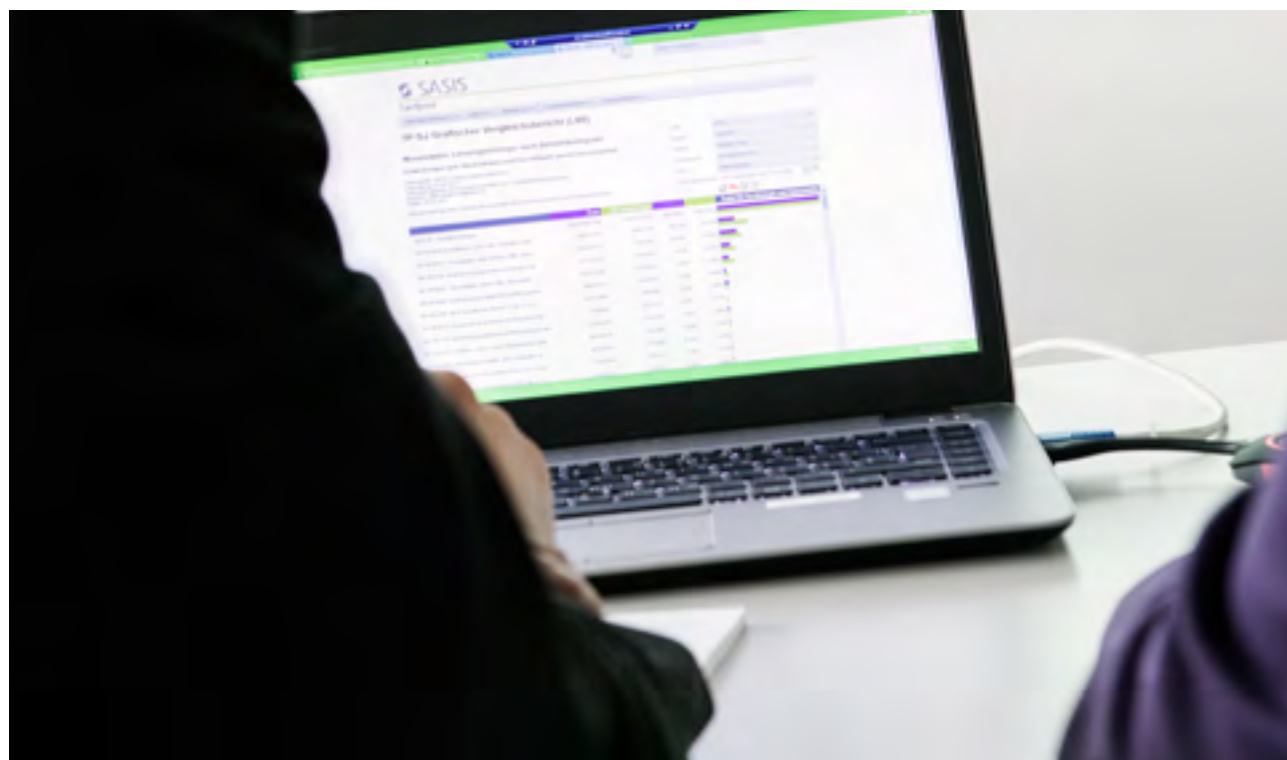
Die Statistikabteilung entschlüsselt die Lieferungen der Versicherer. Sie verifiziert und kontrolliert die Daten, um diese anschliessend zu importieren. Der Versicherer erhält eine Rückmeldung mit den Ergebnissen, die er kontrollieren und freigeben muss.

### Datensicherheit

Für die sensiblen Verarbeitungsprozesse verfügt die SASIS AG über eine sichere Produktionszone. Der Zugriff auf Mandanten-Daten ist organisatorisch und technisch abgesichert.

### Auswertungsplattform

Die Daten werden zur Branche konsolidiert und für die Auswertungen bereitgestellt. Die Auswertungen werden gemäss der Benutzerverwaltung an offizielle Kontaktpersonen übermittelt und persönlich registrierten Benutzern zur Verfügung gestellt.



“

*Der Tarifpool unterstützt mit seinen Übersichtsberichten, Hitlisten, Detailberichten, Grafiken und Spezialberichten zahlreiche institutionelle Benutzer.*



# Elektronischer Datenaustausch



Technische Facts & Figures  
- Webservices  
- Automated Testing  
- Encryption

Die Plattform zur Förderung des digitalen Austauschs



## 6 EDI

### Die Fachstelle EDI Beratung und Betreuung für den elektronischen Datenaustausch im Gesundheitswesen

#### Elektronischer Datenaustausch

EDI steht für electronic data interchange. Die Fachstelle EDI engagiert sich somit für den elektronischen Datenaustausch hauptsächlich zwischen Versicherer und Leistungserbringer.

#### Analyse von Herausforderungen

Im Zusammenhang mit dem elektronischen Datenaustausch können Herausforderungen schnell sehr komplex werden und verlangen eine Analyse von Grund auf. Oft gibt es fachliche oder vertragliche Abhängigkeiten, welche mittels technischen Lösungen umgesetzt werden müssen.

#### Koordination der Anliegen

Die Fachstelle EDI koordiniert die EDI-Anliegen der Krankenversicherer gegenüber den Leistungserbringern und anderen Kostenträgern wie beispielsweise Kantone und Gemeinden.

#### Innovative Projekte

Wir engagieren uns in innovativen Projekten im Bereich EDI und tragen so unseren Teil zur digitalen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens bei.





## Die drei Bereiche der Fachstelle EDI:

- Standardisierung und Analyse
- Koordination
- Projektmanagement

### Digitalisierung des Gesundheitswesens

Die Fachstelle EDI umfasst folgende drei Bereiche:

1. Standardisierung und Analyse von Problemen und Herausforderungen im digitalen Austausch (Prozesse, involvierte Stakeholder usw.).
2. Koordination der EDI-Anliegen der Krankenversicherer und Leistungserbringer. Vermittler und Brückenbauer zwischen beteiligten Partnern.
3. Mitarbeit und Übernahme der Leitung in EDI-Projekten im Gesundheitswesen (z.B. SHIP / eKARUS).

## Die Standardisierung: Welche Prozesse werden standardisiert und analysiert?

### Strukturiert weiterentwickeln

Die Geschäftsprozesse zwischen Versicherer und Leistungserbringer werden immer komplexer. Eine administrative Vereinfachung im digitalen Datenaustausch durch standardisierte Prozesse kann dieser Komplexität entgegenwirken. Verhandelte Tarife im Bereich der Leistungsverrechnung werden in strukturierte Referenzstammdaten umgewandelt.

## Die Koordination:

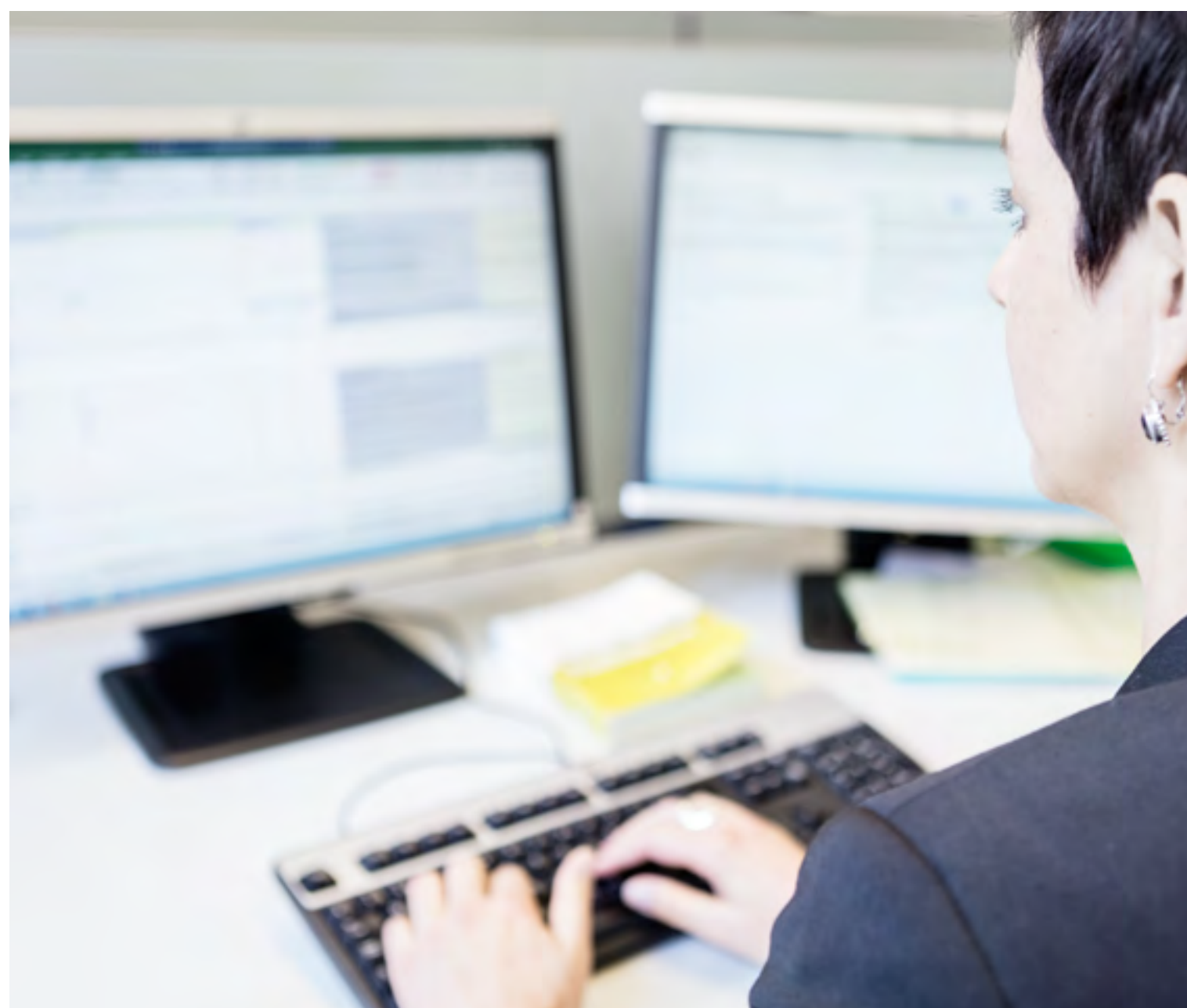
Welche koordinierenden Aufgaben  
werden übernommen?

### Gemeinsame Abstimmung

Die Fachstelle EDI übernimmt die Abstimmung zwischen den beteiligten Partnern. Dies kann in Form von Gesprächsrunden oder in gemeinsamen Projekten geschehen. Wo eine gemeinsame Abstimmung der verschiedenen Stellen notwendig ist, da beginnt die Aufgabe der Fachstelle EDI.

### Umfassende Integration

Der elektronische Datenaustausch ist ein Thema, welches alle Partner im Gesundheitswesen betrifft. Denn der digitale Austausch macht erst Sinn, wenn die Prozesse durchgehend elektronisch abgewickelt werden können. Daher ist es wichtig, dass alle Interessensgruppen gemeinsam zusammenarbeiten: Verbände, das Forum Datenaustausch, Leistungseinkäufer, Kantone, Softwarehäuser und viele mehr. Die Fachstelle EDI bringt sie zusammen.







## Das Projektmanagement: Welche Projekte werden unterstützt und gefördert?

### eKARUS / SHIP-Standardisierung

Das Projekt eKARUS verfolgt die Umsetzung der B2B-Digitalisierungs-Strategie. Ziel ist eine effiziente, fehlerfreie und weitgehend automatisierte Abwicklung des elektronischen Informations- und Datenaustausches zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern anhand eines offenen Standards.

### Referenzstammdatenmanagementsystem für Leistungen (RSML)

Das RSML bietet eine nahtlose und transparente Umwandlung von verhandelten Tarifen in strukturierte Referenzstammdaten für die Leistungsverrechnung und -prüfung. Es werden Verbindlichkeiten geschaffen, Zuständigkeit definiert und dadurch die Nutzung der dafür korrekten Instanzen und Institutionen (wie z.B. das Fachorgan des Forum Datenaustausch) gefördert.

### XML-Standard

Die Fachstelle EDI fördert aktiv die Anwendung der bestehenden Standards für die elektronische Datenübermittlung im Bereich der Leistungsabrechnung via XML-Standard des Forum Datenaustausches. Die Fachstelle nimmt somit die Funktion als Brückenbauer zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern wahr.

## Der Nutzen: Was bringt die Fachstelle EDI dem Gesundheitswesen?

### Beratung und Betreuung

Die Fachstelle EDI ist die offizielle Anlaufstelle für Fragen rund um den elektronischen Datenaustausch im Gesundheitswesen. Die Abteilung verfügt über die notwendige Fachkompetenz, um die verschiedenen Anspruchsgruppen mit den unterschiedlichen Erwartungen zusammen zu bringen und ein gemeinsames Ziel zu erreichen.

### Standardisierung

Die Versicherer, Leistungserbringer, Behörden und Softwarehäuser können sich auf einen Standard verlassen, der von allen Branchenvertretern gemeinsam definiert wurde.

## Die Prozesse: Wie gestaltet sich der Ablauf und die Organisation der Fachstelle EDI?

### Verschiedene Lösungen

Die Fachstelle EDI bietet verschiedene Lösungen an. Je nach Thema werden entsprechende Fachpersonen hinzugezogen, welche beratende Funktionen einnehmen.

### Datensicherheit

Die SASIS AG verfügt über eine Datenschutzzertifizierung. Entsprechend werden sensible Daten mit grösster Vorsicht bearbeitet und aufbewahrt.







“

*EDI steht für electronic data interchange. Die Fachstelle EDI engagiert sich für den elektronischen Datenaustausch zwischen Versicherer und Leistungserbringer.*



## Die Kunden und Partner der SASIS AG

### Wir stehen für Zusammenarbeit.

**Versicherer als Hauptkunden der SASIS AG.** Unsere Hauptkunden sind Krankenversicherer und Versicherungsgruppen. In den Rahmenverträgen der Branchenapplikation ist festgelegt, dass unsere Kunden die verfügbaren Produktmodule frei kombinieren und mittels einzelner Lizenzverträge beziehen können.

**Die Organisationen der Krankenversicherer als weitere Kunden.** Zu unseren Kunden gehören auch die Verbände und Leistungseinkäufer der Krankenversicherer. Sie erhalten von uns die gleichen Produkte und Dienstleistungen wie die teilnehmenden Versicherer, jedoch keine Informationen zu den einzelnen Krankenversicherern und deren Mandanten-Lösungen. Bei der Statistik erhalten sie lediglich die konsolidierten Branchendaten.



**Kunden ausserhalb der Branche.** Die SASIS AG kann auch für Versicherer, Leistungseinkäufer und Anbieter ausserhalb der Branche Verträge abschliessen und Dienstleistungen erbringen. So sind wir auch für Behörden, Leistungserbringer-Organisationen, Privatorganisationen und andere Dienstleistungs-Organisationen tätig. Diese Kundengruppe bezieht von uns vorwiegend verdichtete Informationen.

**Partner und Lieferanten.** Wir kooperieren eng mit unseren Partnern und Lieferanten, um unsere Dienstleistungen laufend zu optimieren und zu erweitern. Die Zusammenarbeit mit den Partnern und Lieferanten stimmen wir auch mit den Kunden ab. So gelingt es uns, Lösungen anzubieten, die für das Gesundheitswesen fachlich und technisch optimal sind.



#### Zusammenarbeit basierend auf vertraglichen Grundlagen

- Rahmenverträge als Branchenlösungen für Krankenversicherer
- Lizenzverträge für Krankenversicherer, Leistungserbringer und Behörden
- Datenlieferungsverträge mit Verbänden und wissenschaftlichen Instituten
- Partnerverträge mit Software-Herstellern und Intermediären



*Wir setzen uns für eine partnerschaftliche und nachhaltige Zusammenarbeit mit unseren Kunden und Partnern ein.*

SASIS AG  
Römerstrasse 20  
Postfach  
4502 Solothurn

E-Mail: [info@sasis.ch](mailto:info@sasis.ch)  
Telefon: 032 625 42 00  
Fax: 032 625 42 10

**[www.sasis.ch](http://www.sasis.ch)**



SASIS AG. Ein Unternehmen der santésuisse-Gruppe.