

Kostenneutralität

Die Einführung der TarMed-Tarife ist in den letzten Jahren durch die Forderung nach sogenannt kostenneutraler Einführung zunehmend geprägt und auch belastet worden. In einem Artikel wird versucht, Genese und – legale, politische wie technische – Probleme einer sogenannt kostenneutralen Einführung aufzuzeigen.

Im weiteren publizieren wir das Konzept Kostenneutralität für den KVG-Bereich; besser würde man wohl von einer Auslage der Probleme sprechen.

Das Dreiblatt wird durch das Konzept zur Stabilisierung der Fallkosten im UV/MV/IV-Bereich abgeschlossen; die Namensänderung deutet einen pragmatischeren Bezug zum Problem an, als dies im alten UVG-Konzept der Fall war.

Zusammengefasst ergibt sich, dass im Bereiche des KVG zu viele Fragen offen sind, als dass eine Einführung der TarMed-Tarife verantwortet werden könnte. Verantwortlich sind hier nicht so sehr die Verhandlungsdelegationen KSK und FMH, die für den Bereich ihrer Zuständigkeit eine Übereinkunft erreicht haben. Verantwortlich sind vielmehr die zuständigen politischen Instanzen, vorab das EDI, die die notwendigen legalen und administrativen Voraussetzungen nicht geschaffen haben.

Im Bereich UV/IM/IV andererseits, der weniger komplex strukturiert ist – ein Vertragsbereich Schweiz, ein Taxpunkt Schweiz, grössere Unabhängigkeit der Vertragsparteien – liegt ein plausibles, datenmässig unterlegbares und praktisch handhabbares Konzept vor. Ausgehend davon, dass bezüglich des Starttaxpunktwertes ein auch für die FMH akzeptabler Wert bestimmt werden kann, ist damit einer der wichtigsten wenn nicht der Stolperstein für einen Vertragsabschluss aus der Welt geschafft.

Anmerkungen zu Starttaxpunktwert und sogenannt kostenneutraler Einführung der TarMed-Tarife

H. H. Brunner

Die Einführung der TarMed-Tarife wird massgeblich durch die Diskussion um die sogenannte Kostenneutralität (KN) bestimmt. In einem Überblick soll versucht werden, Geschichte und Bedeutung dieses Begriffes im Kontext von TarMed darzustellen.

Wie alles begann

Schon zu Beginn des GRAT-Projektes war den Vertragsparteien MTK und FMH klar, dass die Einführung eines neuen Arzttarifs nicht per se zu einer Kostensteigerung im Gesundheitswesen führen dürfe. Dieses Prinzip wurde unter dem Begriff der Kostenneutralität subsumiert und von den entscheidenden

Ärztzekammern 1989 und 1990 – eher beiläufig, weil offensichtlich auch diesen selbstverständlich – kommentarlos zur Kenntnis genommen. In den Verhandlungen spielte dieses Prinzip dann auch bis 1996 keine Rolle mehr.

Und wie es weiterging, wo es nicht hätte weitergehen dürfen ...

1996, nach Annahme der KVG-Revision, entschied man sich, die GRAT-Tarifstruktur zur einheitlichen Tarifstruktur gemäss KVG zu machen. Der Kreis der Vertragsparteien wurde um H+ und das KSK erweitert und das Projekt unter dem Namen TarMed weitergeführt.

Für die KSK-Delegation war und ist das grösste Anliegen, dass durch die Einführung die durch Abrechnung gemäss TarMed ausgelösten Kosten gegenüber dem vergleichbaren Kostenvolumen der «alten» Tarife nicht ansteigen sollten. Das KSK verwendete für diese Forderung den Begriff der Kostenneutralität. Verschiedene Versuche der FMH, diesen Begriff präzisierend zu klären, scheiterten an Beschwichtigungen der KSK-Delegation, die entsprechenden Klärungen könnten später erfolgen.

In der Retrospektive muss das gutgläubige Einlenken der FMH-Delegation in dieser Frage klar als *der* entscheidende Verhandlungsfehler der FMH in den ganzen Tarifverhandlungen bezeichnet werden. Diese Gutgläubigkeit, nicht unmassgeblich durch den schon damals seitens des EDI ausgeübten Zeitdruck genährt, hat die FMH fast sehr teuer bezahlt.

Gemeinsames Konzept zur kostenneutralen Einführung von TarMed im Bereich der obligatorischen Grundversicherung nach KVG

Version 2.2, Stand: 17. März 2001

Diskussionspapier für ein Spitzengespräch zwischen FMH, H+, SDK und KSK

L. Bapst^a, H. H. Brunner^b, C. Haudenschild^c, A. Müller Imboden^d

^a Dr. oec, KSK, Redaktion

^b Dr. med., FMH

^c Dr. oec., H+

^d SDK

Vorbemerkungen seitens der eingesetzten Arbeitsgruppe

Die kostenneutrale Einführung von TarMed entspringt einem politischen Willen, der seinerzeit vertraglich unter den jeweiligen Vertragsparteien vereinbart wurde. Mit dem geltenden KVG ist es grundsätzlich nicht möglich, die Kostenneutralität umzusetzen. Es muss daher vorerst auf politischer Ebene als Voraussetzung eine gesetzliche Grundlage für die Festlegung und Steuerung der Kostenneutralität geschaffen werden. Unter dieser Voraussetzung wäre es technisch möglich, die kostenneutrale Einführung und Steuerung von TarMed vorzunehmen.

Zwischenzeitlich hat die Meinungsbildung unter den beteiligten Vertragspartnern dazu geführt, dass auf rein technischer Ebene kein Konsens in allen Punkten der Kostenneutralität mehr gefunden werden konnte. Dieser Umstand hat die eingesetzte Arbeitsgruppe dazu bewogen, zuerst als *conditio sine qua non* die zwingend notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen als Bedingung der kostenneutralen Einführung und Steuerung von TarMed festzuhalten und zu fordern (obwohl dies bereits früher mehrmals so gefordert wurde). In einem weiteren Schritt werden die Positionen der beteiligten Vertragspartner in einer synoptischen Darstellung zusammengefasst (vgl. Anhang I) und dann in einem letzten Schritt Möglichkeiten einer praktikablen und umsetzbaren Handhabung der Kostenneutralität auf rein technischer Basis aufgezeigt. Dabei hat die Arbeitsgruppe

auch verschiedene alternativen Möglichkeiten geprüft, aber wieder verworfen.

Die eingesetzte Arbeitsgruppe schlägt gemeinsam das folgende *weitere Vorgehen* vor:

- Die Frage der notwendigen gesetzlichen Basis wird unter der Ägide der SDK und zusammen mit FMH, H+ und KSK mit Frau Bundesrätin Ruth Dreifuss so rasch als möglich diskutiert.
- Die übrigen Differenzen werden an einem runden Tisch unter FMH, H+, SDK und KSK auf oberster Ebene bereinigt.
- Die technische Verfeinerung der aufgeführten Lösungsmöglichkeit wird bei Vorliegen der entsprechenden Vorgaben von der eingesetzten Arbeitsgruppe wieder an die Hand genommen.
- Ein Kostenneutralitätskonzept wird derzeit und in der vorliegenden Form nicht dem EDI abgegeben.

1. Politische und vertragliche Eckwerte, Rahmenbedingungen und Vorgaben

Gemäss Artikel 43, Absatz 4 KVG haben die Vertragspartner (H+, FMH und KSK) einen neuen Arzttarif und Spitalleistungskatalog (TarMed) auf betriebswirtschaftlicher Grundlage zu erstellen. Gemäss politischer Vorgabe muss der neue Tarif TarMed gegenüber den bisherigen Tarifen kostenneutral eingeführt werden. Dazu haben die beteiligten Partnerorganisationen seinerzeit einen entsprechenden Vertrag unterzeichnet. Im KVG ist die Kostenneutralität nicht gesetzlich abgestützt. Gemäss Entscheid des Bundesrates in Sachen Festsetzung des Taxpunktwertes für Physiotherapieleistungen im Kanton Appenzell vom 18. Oktober 2000 wird jedoch erstmals festgehalten, dass eine Tarifumstellung kostenneutral zu erfolgen habe.

Mit der politischen Forderung einer kostenneutralen Einführung von TarMed wird von allem Anfang an in Kauf genommen, dass zwischen dem gesetzlichen Erfordernis der betriebswirtschaftlichen Berechnungsweise gemäss Artikel 43, Absatz 4 KVG und der politisch geforderten kostenneutralen Einführung ein Widerspruch besteht. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, beim geltenden Verfahren zur Anpassung der Taxpunktwerte im KVG rasch umzusetzende und notwendige Taxpunktwertanpassungen vorzunehmen. Im weiteren bestehen im Zusammenhang mit allfälligen Rekursen gegen Taxpunktwertkorrekturen Probleme betreffend Rechtssicherheit und Vollzug. Dies und die daraus ableitbaren Konsequenzen müssen bei der Befolgung der Kostenneutralität in Kauf genommen werden. Gestützt auf den Entscheid des Bundesrates im Kanton Appenzell betreffend Physiotherapie vom 18. Oktober 2000 stellt sich die Frage, ob neben einem kostenneutralen Starttaxpunktwert auch unterjährige Taxpunktwertänderungen vorgenommen werden können. Explizite wird die Frage weder unterstützt noch verworfen.

Einigkeit besteht unter den beteiligten Vertragspartnern indessen darin, dass TarMed so eingeführt wird, dass damit keine Kostensteigerungen, aber auch keine Kostensenkungen verbunden sein dürfen.

Im Weiteren geht es mit der Einführung von TarMed – mit dem gesamtschweizerisch rund 6 Mrd. Franken direkt beeinflusst werden – um die Entschädigung von ambulanten Leistungen in freier Arztpraxis und ambulant (inkl. teilstationär, wenn heute ambulant abgerechnet) im Spital. TarMed bezieht sich einzig auf die obligatorische Grundversicherung (OKP). Werden mit der Einführung von TarMed gleichzeitig Strukturveränderung (z.B. einheitliche Taxpunktwerte, Vereinheitlichung der bestehenden Vertragsgemeinschaften) im Gesundheitswesen vorgenommen – was die Einhaltung der Kostenneutralitätsvorgabe impliziert – so wird die ohnehin nicht einfache Einführung von TarMed noch zusätzlich erschwert.

Es stellt sich die Frage, ob auf der Basis bestehender gesetzlicher Grundlagen unterjährige Taxpunktwertkorrekturen rasch und unbürokratisch umgesetzt werden können. Wird diese Frage verneint, muss eine entsprechende Änderung der gesetzlichen Grundlagen im KVG vorgenommen werden. Dabei muss sichergestellt werden, dass auf gesetzlicher Basis die kostenneutralen Starttaxpunktwerte auch bei einem Rekurs festgelegt und im Rahmen der kostenneutralen Steuerung rasch und unbürokratisch korrigiert werden können. Zusätzlich muss verhindert werden, dass allfällige Rekurse eine aufschiebende Wirkung auf notwendige Korrekturen haben. Diese Voraussetzungen können auf rein vertraglicher Basis nicht sichergestellt werden.

Die Kostenneutralität kann nicht allein auf Vertragsbasis sichergestellt werden, da für die einzelnen Tarifpartner weder ein Verbands- noch ein Vertragszwang besteht. Die bereits früher diskutierte Möglichkeit eines Gentlemen's Agreement, bei dem sich die beteiligten Partner auf den Verzicht auf allfällige Rekurse ihrer Mitglieder einigen würden, muss grundsätzlich aus rechtsstaatlichen Überlegungen verworfen werden. Hingegen ist bereits heute absehbar, dass von verschiedenen Seiten Rekurse gegen Taxpunktwerfestlegungen der Kantonsregierungen zum Startzeitpunkt und zu Korrekturen der kostenneutralen Steuerung eingebracht werden. Ohne eine entsprechende Änderung der gesetzlichen Grundlagen im KVG, auf deren Basis die kostenneutralen Starttaxpunktwerte ohne Rekursmöglichkeiten festgelegt und im Rahmen der kostenneutralen Steuerung rasch und flexibel korrigiert werden können, kann die Kostenneutralität nicht sichergestellt werden.

Die heute vorliegenden Daten sind nicht zum Zwecke der Kostenneutralität erhoben worden. Sie müssen daher schrittweise verfeinert werden. Das Konzept der Kostenneutralität müsste daher in einer ersten Phase den beschränkten Gegebenheiten der Datenlage angepasst werden. Im weiteren verfügt derzeit einzig das KSK über gesamtschweizerische Daten, mit denen die Kostenneutralität gesteuert werden kann. In einem zweiten Schritt müsste die notwendige Datenbasis erweitert und verfeinert werden.

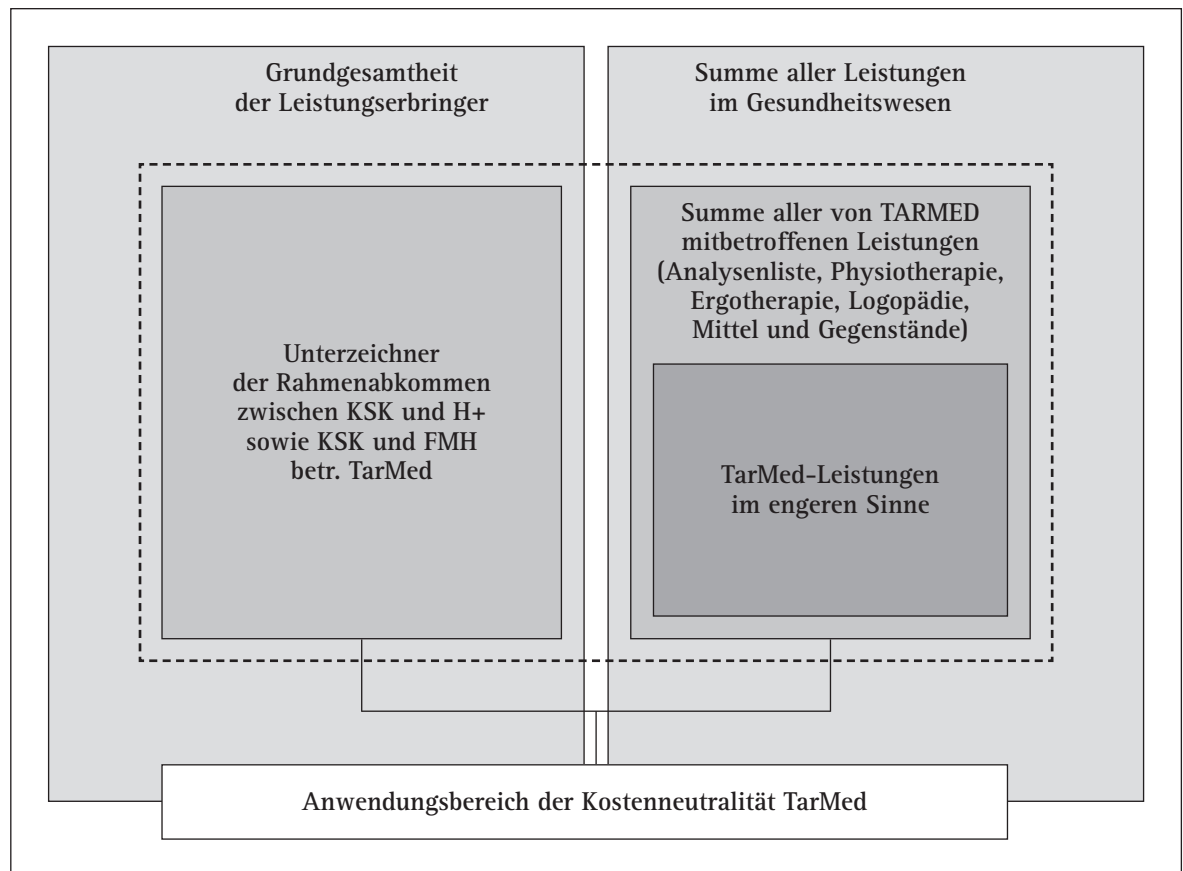
2. Kritische Punkte für die kostenneutrale Einführung und Steuerung von TarMed

Für die kostenneutrale Einführung und Steuerung von TarMed sind folgende *kritischen Punkte* zu beachten:

- Es ist zu prüfen, ob eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen im KVG die Steuerung der Kostenneutralität bei einem fix vorgegebenen Taxpunktwert und kurzfristige und unterjährige Taxpunktwertkorrekturen notwendig ist.
- Mit der heute gegebenen Datenlage kann kein noch so korrektes theoretisches Konstrukt der Formel zur Kostenneutralität angewendet werden; es braucht einen politischen Entscheid für eine vereinfachte, handhabbare und pragmatisch umsetzbare Lösung, die zudem auch statistisch unterlegt werden kann.
- Ob das Primat der Kostenneutralität über der Frage eines sektoriellen ambulanten Gesamtbudgets steht, muss politisch entschieden werden; FMH, H+ und KSK hatten sich seinerzeit vertraglich zur Kostenneutralität verpflichtet, ohne diese zum dannzuligigen Zeitpunkt jedoch näher zu präzisieren.
- Unter den beteiligten Partnern ist eine Einigung in verschiedenen zentralen Eckpunkten zur kostenneutralen Steuerung der kostenneutralen Einführung von TarMed (noch) nicht gegeben (vgl. Anhang I).
- Die beteiligten Partner haben unter der Voraussetzung, dass die notwendigen politischen und gesetzlichen Voraussetzungen kurzfristig geschaffen werden, ein Modell entwickelt, mit dem die kostenneutrale Umsetzung von TarMed möglich sein sollte.
- Die definitive Version von TarMed muss vor den Einführungsverhandlungen vom Bundesrat genehmigt sein.
- Inhalt und Umsetzung eines Reengineering von TarMed müssen konkretisiert vorliegen.
- Allfällige Strukturprobleme in TarMed sind vor der Einführung zu korrigieren.
- Je korrekter die Tarifstruktur von TarMed vor dem Einführungszeitpunkt geschaffen ist, desto eher kann die Kostenneutralität während der Einführungsdauer sichergestellt werden; d.h. dass die Struktur von TarMed keine Unebenheiten beinhalten darf, die nachher über die Kostenneutralität und den Taxpunktwert korrigiert werden müssen.
- Mit der kostenneutralen Steuerung von TarMed soll die mengenmässige Kostenneutralität über den Taxpunktwert, aber nicht Strukturprobleme gesteuert werden; letztere sind über eine korrekte Tarifstruktur zu gewährleisten; notwendige Korrekturen an der Tarifstruktur dürfen nicht über eine Taxpunktwertkorrektur korrigiert werden; dies würde den Anforderungen von Artikel 43, Absatz 4 KVG widersprechen.

Abbildung 1

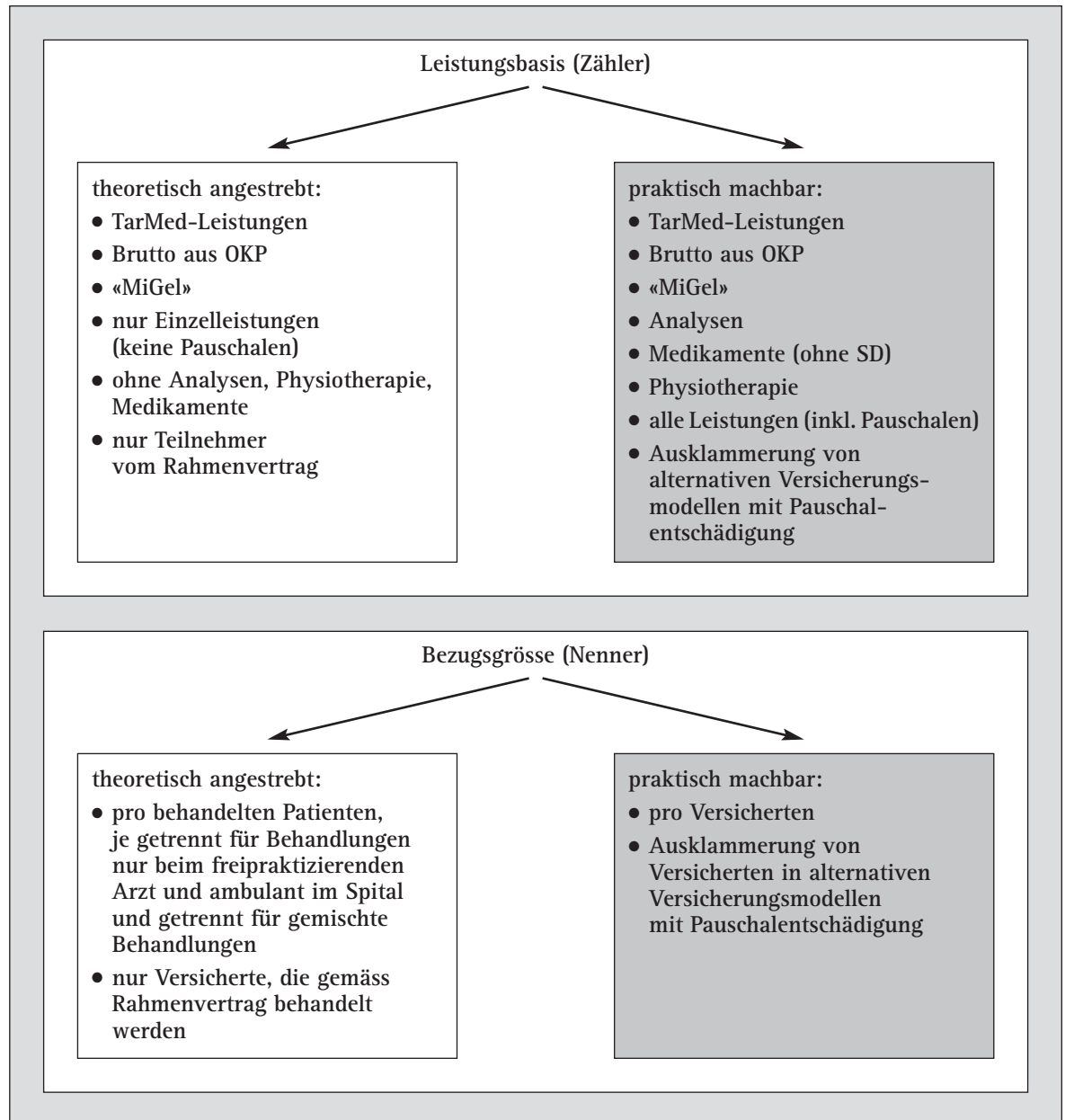
Schema betreffend Eingrenzung des Themas der Kostenneutralität von TarMed.



- Es muss sichergestellt sein, dass diejenigen, die das System zu ihren Gunsten ausschöpfen, rasch und problemlos aus dem Rahmenvertrag ausgeschlossen werden können.
- Anmerkung betr. Umsetzung des Appenzeller Physiotherapieentscheides: es wird nicht davon ausgegangen, dass die im Appenzeller Physiotherapieentscheid angewendete Berechnungsformel (Seite 28f.) im Bereich von TarMed und KVG zum Tragen kommen wird; dies würde grundsätzlich einen nationalen Taxpunktwert voraussetzen, der jedoch im Bereich von TarMed gemäss den (später darzulegenden) Behandlungsmustern abgeleitet wird (Starttaxpunktwerte) und grundsätzlich zwischen den eidgenössischen Sozialversicherern (MTK, MV und IV) und dem KVG-Bereich je unterschiedlich abgeleitet wird; so muss im KVG-Bereich von einer tariflich völlig anderen Grundlage (bisherig angewendete Tarife) und einem völlig anderen Behandlungsspektrum als im UVG-Bereich ausgegangen werden; es ist zudem – im Gegensatz zum UVG-Bereich, wo von einer eigentlichen Behandlungsfalldefinition ausgegangen wird – im KVG-Bereich, wo weder eine Falldefinition noch eine Patientendefinition gegeben ist, von einer statistischen Konstruktion von durchschnittlichen Behandlungskosten je Versicherten auszugehen; es ist daher nur konsequent, wenn die KVG-Partner von einer eigenen Definition und Handhabung der Kostenneutralität ausgehen müssen.
- Zusammen mit der Einführung von TarMed ist auf die Eidgenössische Analysenliste umzustellen, es ist der neue Physiotherapietarif einzuführen, es muss der Zahnarzttarif angepasst werden und es sind die Schnittstellen mit dem Ergotherapietarif, dem Logopädietarif und mit der Hilfsmittelliste sicherzustellen; die Auswirkungen des neuen leistungsorientierten Abgabemodells für Medikamente (LOA) wurden bisher noch nicht konkret besprochen.
- Um die Kostenneutralität zu gewährleisten, müssen bisherige Abrechnungsmodalitäten («tiers garant» bzw. «tiers payant», bestehende Abrechnung von teilstationärer Behandlung als ambulante bzw. stationäre Behandlung, Abrechnung der Belegärzte für ambulante Spitalleistungen usw.) beibehalten werden.
- Eine allfällige Neudefinition der teilstationären Behandlung hätte zur Konsequenz, dass das Berechnungsmodell mindestens für die technischen Leistungen überarbeitet werden müsste.

Abbildung 2

Schema für die theoretische und praktisch umsetzbare Formel der Kostenneutralität.



3. Theoretische versus praktikable Formel für die Definition Kostenneutralität

Im KVG-Bereich wird für die kostenneutrale Einführung von TarMed von den bisherigen zur Anwendung gelangenden Tarifen und den krankheitsbehandlungstypischen Behandlungsmustern und damit konsequenterweise von den bisherigen durchschnittlichen Behandlungskosten je Versicherten ausgegangen. Diese Kosten sollen mit der Einführung von TarMed weder in die eine noch andere Richtung verändert werden.

Eine Formel der Kostenneutralität muss zum einen ein klar definiertes Konstrukt und Definition der Kostenneutralität beinhalten. Zum anderen muss

sie mit den heute vorhandenen Daten abbildbar sein und rasch und pragmatisch umgesetzt werden können. Im weiteren kann zum Einführungszeitpunkt wegen dem notwendigen Bezug zur Ausgangsbasis (Vergleichsbasis) keine Veränderung der unterlegten Datenbasis vorgenommen werden (Bezugsbasis und laufende Datenbasis müssen soweit als möglich identisch sein).

Die rechtlich und sachlich korrekte Basis der Kostenneutralität wäre: Die Ausgaben der dem Rahmenvertrag TarMed beigetretenen Leistungserbringer und Versicherer für mit TarMed abgerechnete und bezahlte OKP-Leistungen je Bezugsgrösse, die von Leistungserbringern erbracht wurden, sollen wegen

der Einführung von TarMed gegenüber der Ausgangsbasis vor Einführung von TarMed nicht verändert werden'. Kann diese Basis mit den derzeit vorhandenen Daten nicht genau im Massstab von 1:1 ermittelt werden, so muss gelten: Je ungenauer die derzeit zur Verfügung stehenden Daten dieses vorgegebene Konstrukt abbilden können, desto gröber müssen demzufolge auch die Bestimmungen der Starttaxpunktwerte und die Steuerung der Kostenneutralität sein. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die TarMed-Vertragspartner tarifliche Konsequenzen tragen, die sie weder direkt verursacht haben noch beeinflussen können.

Sowohl im Zähler als auch im Nenner der anzuwendenden Formel der Kostenneutralität muss daher zwischen einem theoretisch angestrebten und einer praktisch realisierbaren Grösse unterschieden werden. Hinzu kommt, dass die Einführung von TarMed nicht nur die eigentlichen TarMed-Leistungen, sondern zusätzlich noch die Leistungen der Eidgenössischen Analysenliste, der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie sowie Mittel und Gegenstände mit betreffen. Zusätzlich sind die Anforderungen aus dem gewählten Konstrukt der Kostenneutralität und der vorhandenen Datenbasis soweit als möglich in Übereinstimmung zu bringen. Gleichzeitig muss die als Bezugsbasis dienende Kostengrösse vor der Einführung von TarMed mit der unter TarMed geltenden Datenbasis übereinstimmen, um entsprechende Vergleiche und allfällige Abweichungen von der gewählten Kostenneutralitätsvorgabe während der Dauer der Kostenneutralität nachvollziehen zu können.

Anmerkungen zu Abbildung 2

- Über vollständige Daten über die gesamte Schweiz und für die gesamte Bezugsdauer verfügt einzig das KSK (Vollerhebung).
- Die FMH verfügt über die Daten der Ärztekasse, die je nach Kanton unterschiedlich repräsentativ sind.
- H+ und SDK verfügen derzeit über keine gesamtschweizerischen Daten.
- Damit die Daten vor und nach Einführung von TarMed gleich sind, muss die Datendefinition vor Einführung von TarMed massgeblich sein; gleichzeitig sollen die verwendeten Datenreihen stabil sein.
- Erst ab dem Einführungsdatum von TarMed verfügt der Datenpool des KSK über genau getrennte Daten betr. ärztliche und andere Leistungen.
- Die heutigen Daten des KSK beinhalten – je nach Erfassungsgenauigkeit der erhebenden Versicherer – in einem geringfügigen Ausmass (wird noch abgeschätzt) auch Leistungen für Medikamente (insbesondere ambulant in Spitälern), Analysen gemäss Analysenliste, Physiotherapie und Mittel und Gegenstände.
- Eine Aufteilung der Kosten je Patient (nur Versicherungsleistungen, kein Verwaltungsaufwand) bedingt eine einheitliche Patientendefinition, die es nicht gibt und auch kaum je geben wird! Konsequenterweise müsste dazu noch unterschieden werden in Patienten, die nur in Behandlung bei freipraktizierenden Ärzten und solchen, die ambulant in den Spitälern behandelt wurden; dazu kommt das Problem von Patienten, die gleichzeitig an verschiedenen Orten behandelt wurden.
- Es gibt nur eine Ermittlung der Kosten je Versicherten; im weiteren müssen wir wegen der notwendigen Bezugsbasis die Jahre 1997–1999 nehmen; hier könnte ohnehin nur die Angabe «Kosten je Versicherten» gelten; das Jahr 1996 beinhaltet wegen der Einführung des KVG eine gewisse Unschärfe.

- Die Definition der Abrechnung bezieht sich auf die heutige Abrechnung mit den kantonalen Ärztetarifen und den Tarifen für die ambulante Spitalabrechnung.
- Sollte mit einer Gesetzesänderung die teilstationäre Behandlung der stationären Behandlung zugeordnet werden, müsste nicht nur das Kostenmodell hauptsächlich mit Bezug auf die technischen Leistungen von TarMed überarbeitet (nur noch ambulante Leistungen), sondern auch die Bezugsbasis der Kostenneutralität neu definiert werden (heute wird die teilstationäre Behandlung meist der ambulanten Behandlung zugeordnet).
- Belegärzte rechnen derzeit ihre ambulant in Spitälern erbrachten Leistungen zusammen mit ihrer Behandlung in freier Praxis ab; dieses Abrechnungsverhalten darf während der Einführung von TarMed bzw. während der Dauer der Kostenneutralität nicht verändert werden; sollten trotzdem Veränderungen vorgenommen werden, muss die Verschiebung statistisch präzise erfasst werden können.
- Es muss mit vielen Rekursen gegen die Starttaxpunktwerte und gegen unterjährige Taxpunktwertkorrekturen gerechnet werden.
- Alternative Versicherungsmodelle mit Pauschalentschädigung müssen, da sie die Berechnungen verfälschen, ausgeklammert werden; die Kostenneutralitätsvorgabe gilt nur für die Teilnehmer am jeweiligen Rahmenvertrag.

4. Modell für die Festlegung der möglichst kostenneutralen Starttaxpunktwerte und Steuerung der kostenneutralen Einführung von TarMed

4.1 Modell zur Festlegung möglichst kostenneutraler Starttaxpunktwerte

Die beteiligten Partner haben sich auf folgende Punkte und Vorgehensmodalitäten geeinigt:

- Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass die Festlegung der kostenneutralen Starttaxpunktwerte je Kanton/Region auf effektiven Daten abgestützt (keine normativen Taxpunktwertbestimmungen) wird.
- Es wird gemeinsam ein Tool erarbeitet, mit dem die jeweiligen Starttaxpunktwerte je für ambulant Spital und für die freipraktizierenden Ärzte abgeleitet werden können.
- Grundsätzlich basieren diese Tools auf der kostenneutralen Überführung der bisherigen Behandlungsmuster (oder Warenkörbe) gemäss den heute geltenden Tarifen in die Abrechnung von TarMed.
- Soweit von den Leistungserbringern entsprechende Häufigkeitsangaben zu den Behandlungsmustern bzw. Warenkörben gemacht werden können, können die jeweiligen Starttaxpunktwerte auch abgeleitet werden; je detaillierter und verifizierter diese Daten vorliegen, desto präziser kann der kostenneutrale Starttaxpunktwert rechnerisch bestimmt werden.
- Diese möglichst kostenneutralen Starttaxpunktwerte können je bestehender Vertragsgemeinschaft abgeleitet werden.
- Starttaxpunktwerte können je Region (mehrere Kantone) oder je Kanton festgelegt werden.
- Zum Einführungszeitpunkt werden die Starttaxpunktwerte nicht getrennt für ärztliche Leistungen und technische Leistungen festgelegt.

- Von Versichererseite wird gefordert, dass, wenn der Kanton für sein Kantonsgebiet einen einheitlichen Starttaxpunkt festlegen will, er die Bedingung erfüllen muss, dass dieser Starttaxpunkt für die Versicherer gesamthaft wieder kostenneutral bleibt (inkl. die bestehenden ambulanten Rabatte); von den Kantonen wird dies hingegen mit dem Argument bestritten, dass die Kostenneutralität ohne die bisher auf den ambulanten Leistungen der Spitäler gewährten Rabatte gelten würde, da dafür kein Rechtsanspruch bestehe.
- Die kostenneutrale Steuerung der Starttaxpunkte erfolgt für jeden Starttaxpunkt einzeln; bei gemeinsamen Taxpunktwerten muss vorher festgelegt werden, ob die Steuerung über den gemeinsamen Taxpunkt oder getrennt vorgenommen werden soll (Verantwortung für unterschiedliche Mengenveränderungen festlegen).
- Die so abgeleiteten und zwischen den jeweiligen Tarifpartnern berechneten Starttaxpunkte durchlaufen das gesetzlich vorgesehene Genehmigungsverfahren (Verhandlungen, Genehmigung durch Kanton, Unterbreitung an Preisüberwacher); gegen diese Starttaxpunkte kann rekuriert werden.
- Es ist vorgesehen, dass in jedem Kanton und unter der Moderation des Kantons die beteiligten KVG-Partner gemeinsam die jeweiligen Starttaxpunkte ableiten.
- Die Berechnung der bisherigen ambulanten Rabatte der Kantone wird auf der Basis der abgeleiteten Starttaxpunkte vorgenommen.
- Es ist nicht vorgesehen, dass die Ableitung von Starttaxpunktwerten von Dritten vorgenommen wird.
- Der Ableitungsprozess, die unterlegten Daten und Tools ist allen Partnern transparent zu machen.
- Zieht ein Partner einen Dritten bei, erfolgt dies auf seine Kosten.
- Unabhängig davon, wie viele Taxpunktwertkorrekturen vorgenommen werden, es kann immer und gegen jede Taxpunktwertkorrektur jeder einen Rekurs einlegen (auch gegen den Starttaxpunkt).
- Die bisherigen Erfahrungen mit Rekursen zeigt, dass notwendige Entscheide viel zu spät erfolgen; die Kostenneutralität kann nicht alleine auf vertraglicher Basis umgesetzt werden; vertraglich können sich die zuständigen Partner nur auf einen technischen Korrekturmechanismus einigen; zu dessen Umsetzung braucht es die Prüfung einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage, mit der die Einhaltung der Kostenneutralität gesteuert werden kann.
- Da die Prämien der Versicherer für die Einführung von TarMed gemäss der Vorgabe der Kostenneutralität vom EDI/BSV genehmigt werden, ist eine unterjährige Korrekturmöglichkeit der festgelegten Starttaxpunkte zwingend notwendig.
- Je Einführungsgebiet (Region oder Kanton) müssen zur Handhabung der Kostenneutralität und wegen der Gleichbehandlung (Kostendach) alle Partner TarMed gleichzeitig einführen.

Unter der Voraussetzung, dass die von den zuständigen Instanzen genehmigten Starttaxpunkte eingeführt werden und unterjährig rasch und flexibel korrigiert werden können, haben die Partner ein Modell entwickelt, mit dem dieses Ziel realisiert werden kann.

Es würden dabei folgende generellen Grundsätze gelten:

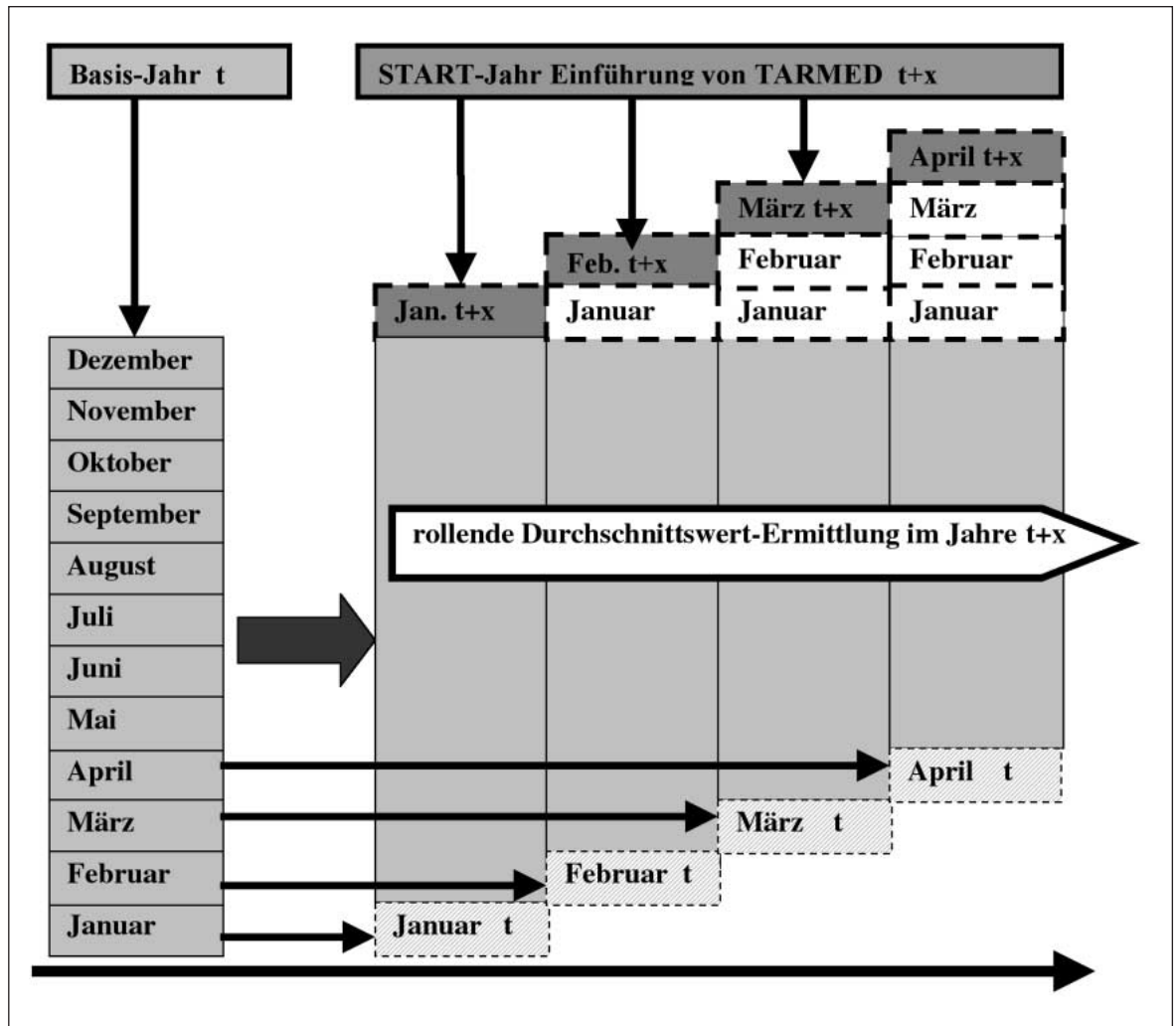
4.2 Modell zur Steuerung der kostenneutralen Einführung von TarMed

Grundsätzlich gelten folgende *Voraussetzungen*, damit ein Modell zur kostenneutralen Steuerung der Starttaxpunkte angewendet werden kann:

- Es muss möglich sein, bei Abweichungen vom kostenneutralen Ausgabenniveau ausserhalb der vorgegebenen Toleranzbandbreite von der kostenneutralen Vorgabe kurzfristig und flexibel eine notwendige Taxpunktwertkorrektur unterjährig vorzunehmen; dabei ist der (Un-)Genauigkeit der unterlegten Daten und dem weitergefassten Begriff der TarMed-Leistungen Rechnung zu tragen.
- Gemäss geltenden gesetzlichen Grundlagen lässt sich eine notwendige Taxpunktwertkorrektur nicht kurzfristig umsetzen.
- Das Controlling zur kostenneutralen Steuerung kann erstmals nach Ablauf von rund 6 Monaten greifen.
- *Prinzip:* Eine allfällige Differenz zwischen den vorgegebenen regionalen oder kantonalen kostenneutralen Starttaxpunktwerten (Soll-Werte) und den monatlich festgestellten tatsächlichen Werten (Ist-Werte) soll unter den jeweils beteiligten Tarifpartnern gemeinsam analysiert werden und ein allfälliger Entscheid über eine notwendige unterjährige Korrektur eine allenfalls notwendige Taxpunktwertkorrektur auslösen (kein Korrekturautomatismus); bei ihrem Entscheid haben die Tarifpartner insbesondere darauf zu achten, dass der Auslöser einer allfälligen Taxpunktwertkorrektur im Geltungsbereich des Rahmenvertrages von TarMed liegt.
- Ein allfälliger Rekurs gegen eine Taxpunktwertanpassung während der Dauer der kostenneutralen Einführung von TarMed dürfte keine aufschiebende Wirkung haben.
- Für die Zeitspanne zwischen der festgelegten Bezugsbasis des Starttaxpunktwertes und dem effektiven Einführungszeitpunkt von TarMed sollte eine Indexierung (Zuschlagssatz) vereinbart werden.
- Der Zuschlagssatz ist Gegenstand von Verhandlungen, die unter anderem den Zeitpunkt der Anrechnung, die Anrechnungsvoraussetzungen, eine allfällige Korrektur zur Erreichung einheitlicher Taxpunktwerte in der Schweiz und ein verändertes Verhalten der Leistungserbringer zum Inhalt haben können.

Abbildung 3

Schema für das rollende Controlling der Kostenneutralitätssteuerung TarMed.



- Auf das Modell eines Ausgleichsfonds muss grundsätzlich und wegen technischen Umsetzungsproblemen verzichtet werden.
- Eine notwendige Korrektur der kostenneutralen Starttaxpunktwerte muss kurzfristig möglich sein, da ansonsten mit administrativ nicht mehr umsetzbaren Rück- und Kompensationszahlungen gearbeitet werden muss.
- Ein Rekurs der Leistungserbringer und Versicherer kann entweder gegen eine erfolgte Taxpunktwerkkorrektur, eine nicht erfolgte Taxpunktwerkkorrektur oder gegen eine zu spät erfolgte Korrektur erfolgen; es besteht somit nur eine Wahl unter verschiedenen Ärgernissen; das Ärgernis kann grundsätzlich nicht wegbedungen, sondern nur minimiert werden.

Grundsätzlich wird das *Controlling der kostenneutralen Einführung von TarMed* so durchgeführt, dass:

- einerseits eine Abweichung der tatsächlichen Werte (Ist-Werte bzw. effektive Kosten je Versicherten) vom entsprechenden Vorgabewert (Soll-

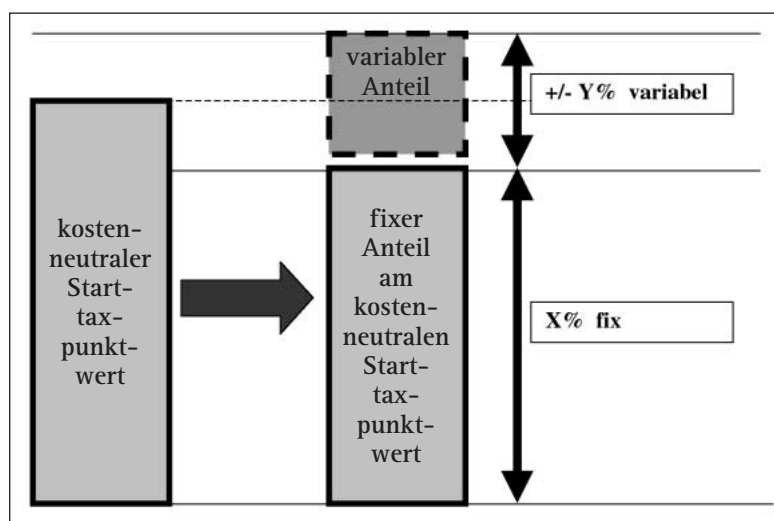
Werte bzw. Kosten je Versicherten im Bezugsjahr) monatlich überprüft wird;

- andererseits die Ist- und Soll-Werte rollend bzw. monatlich vom Basisjahr in das Einführungsjahr von TarMed geschoben werden;
- betreffend Korrekturumsetzung eine gesetzliche Grundlage vorliegt, die dem KVG vorgeht oder deren Auslegung dem KVG entspricht; die Rechtssicherheit für das Vorgehen muss gewährleistet sein;
- damit eine Steuerung der Kostenneutralität durch die Partner möglich ist, müssen die beteiligten Tarifpartner bereit sein und über die notwendigen Datengrundlagen verfügen, um die Ursachen einer notwendigen Korrektur zu belegen; diese Ursachen müssen in einem direkten Zusammenhang mit TarMed stehen; dabei dürfen aber aus Sicht der Versicherer auch keine durch TarMed bewirkten Kostenverlagerungen auftreten.

Für die Handhabung der kostenneutralen Steuerung von TarMed könnte – unter der Voraussetzung, dass

Abbildung 4

Schema eines zusammengesetzten und von der Genehmigungsbehörde zu genehmigenden Starttaxpunktwertes mit einem fixen und variablen Starttaxpunktwertanteil.



die notwendigen rechtlichen Grundlagen erfüllt werden – das Modell mit Taxpunktwertkorrekturen verwendet werden.

5. Taxpunktwert-Korrekturspielraum-Modell

Voraussetzungen

- Es steht nirgends im Gesetz, dass ein Taxpunktwert immer ein fixer Wert sein müsse; er ist fix für einen gewissen Zeitpunkt, wobei der minimale Zeitpunkt im Gesetz ebenfalls nirgends fixiert ist.
- Das KVG und die Einhaltung der Kostenneutralität sind nicht vereinbar, da notwendigerweise ein Taxpunktwert während der Dauer der kostenneutralen Einführung von TarMed ein- oder mehrmals unterjährig korrigiert werden muss; wegen den verschiedenen Genehmigungsetappen und den jeweiligen Rekursmöglichkeiten ist dies grundsätzlich kurzfristig nicht umsetzbar.
- Die politisch vorgegebene Kostenneutralität bedingt eine flexible und umsetzbare Interpretation und Handhabung des Gesetzes.
- Zentrale Voraussetzung ist jedoch, dass eine politische Einigung darüber erzielt wird, dass die Kostenneutralitätsvorgabe über dem KVG steht.

Zielsetzungen

- Es muss eine rasche, flexible und unterjährige Taxpunktwertkorrektur möglich sein.
- Die zuständigen Genehmigungsinstanzen genehmigen zusammen mit dem Starttaxpunktwert dessen Höhe und den zugehörigen Korrekturmechanismus.
- Höhe des Starttaxpunktwertes und Korrekturmechanismus bilden zusammen einen integralen Bestandteil der Genehmigung der Starttaxpunktwerte durch die Partner, Kantone und den Preisüberwacher.

- Die Möglichkeit unterjähriger Taxpunktwertkorrekturen bleibt auf die Dauer der festgelegten Kostenneutralität beschränkt.

Funktionsweise

- Der gemeinsam festgelegte Starttaxpunktwert beinhaltet eine vorgegebene, fixe Grösse und einen variablen Korrekturspielraum.
- Der Starttaxpunktwert wird in eine fixe und eine variable Grösse unterteilt; diese Grössen sind auszuhandeln.
- Der variable Anteil des Starttaxpunktwertes kann unterjährig innerhalb der vorgegebenen Korrekturbandbreite korrigiert werden.
- Neben der Korrekturbandbreite wird zusätzlich eine Interventionsbandbreite festgelegt, die innerhalb der Korrekturbandbreite des variablen Taxpunktwertanteiles liegt; mit der Interventionsbandbreite sollen geringfügige Abweichungen innerhalb vorgegebener Bandbreiten keine Taxpunktwertkorrektur auslösen; der Umfang der Interventionsbandbreite ist Gegenstand von Verhandlungen.
- Für das Controlling werden die vom KSK aus dem Datenpool monatlich aufbereiteten Daten von den Versicherern bezahlte Bruttokosten aus OKP für die festgelegten TarMed-Leistungen je Versicherten verwendet; die vorhandenen Daten der Leistungserbringer werden beigezogen; soweit als möglich, wird dabei der Geltungsbereich der TarMed-Rahmenverträge identifiziert.
- Die Parteien einigen sich auf einen kostenneutralen Starttaxpunktwert je Kanton und Leistungsgruppe (Ärzte und Spitäler) und teilen diesen in einen fixen und in einen variablen Anteil auf.
- Der variable Anteil soll im Verlaufe und während der Dauer der kostenneutralen Einführung von TarMed von den zuständigen Tarifpartnern gemeinsam und maximal monatlich angepasst werden können (wegen dem zeitverzögerten Rechnungseingang wird der TarMed-Effekt erst ab etwa dem 5. Monat an spürbar).
- Zusammen mit der Genehmigung des Starttaxpunktwertes je Kanton und Leistungsgruppe genehmigen die Partner und der Kanton und der Preisüberwacher einen Modus, der nicht nur den minimalen/maximalen Taxpunktwert, sondern auch den Mechanismus zur Veränderung des Taxpunktwertes und die maximale Korrekturbandbreite des variablen Anteiles am Starttaxpunktwert zum Inhalt hat.
- Für jeden Starttaxpunktwert muss die Anrechnung des Korrekturfaktors festgelegt werden.
- Es muss bestimmt werden, ob und wie eine allfällige Umverteilung eines Anteiles des Korrekturfaktors zur Erreichung eines gesamtschweizerisch einheitlicheren Taxpunktwertes vorgenommen werden soll; dazu braucht es jedoch ein entsprechendes Umsetzungskonzept, das vorgängig von allen Partnern und den Kantonen genehmigt werden muss; der entsprechende Korrekturmechanismus muss zusammen mit der Genehmigung der kantonalen Starttaxpunktwerte festgelegt werden.

- Wenn die entsprechenden gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden, entfallen lange Verzögerungen und Rekurse.
- Es besteht seitens der zuständigen Instanzen ein Anreiz, eine monatliche Taxpunktwertkorrektur auch fristgerecht umzusetzen.
- Tools und Vorgehensweisen gelten für die ganze Schweiz einheitlich, damit in einem Rekursfalle auch eine einheitliche Bewertung vorgenommen werden kann.
- Mit einem formell eingesetzten handlungs- und entscheidungskompetentes nationalen Gremium stellen die Vertragspartner sicher, dass die notwendigen Korrekturen der kantonalen Taxpunktwerte rasch umgesetzt werden können.

6. Unverbindliche Konturen einer möglichen Konsenslösung unter den beteiligten Partnern FMH, H+/SDK und KSK

6.1 Kostenneutralität

Da die Dauer der Kostenneutralität und die mit der Kostenneutralität unterdrückten notwendigen Strukturanpassungen in einem direkten Spannungsfeld zueinander stehen, muss eine konsensfähige Kompromisslösung hauptsächlich dieses strukturpolitische Problem lösen. Dabei geht es insbesondere um folgende Elemente: Behandlungsverschiebungen zwischen den beiden ambulanten Sektoren und zwischen diesen und dem stationären und dem Bereich der Nachsorge (wird hauptsächlich auch von der Einführung von Entschädigungssystemen nach Fallpauschalen beeinflusst), Behandlungskosten je Versicherten haben die Wirkung eines ambulanten Gesamtbudgets (ist lösbar, wenn eine handhabbare Patientendefinition eingeführt werden könnte), fehlende detaillierte Daten inkl. Diagnosedaten zur Bestimmung des Patientenmixes (ist schrittweise zu verbessern), Anwendung von Korrekturfaktoren etc. Umgekehrt ist es eine politische Entscheidung, ob inskünftig in der Schweiz ein einheitlicherer Taxpunktwert bzw. ob kantonale Taxpunktwerte in einer weit geringeren Bandbreite eingeführt werden sollen. Dazu könnte der teilweise Umbau des Korrekturfaktors zugunsten von Kantonen mit tieferen Taxpunktwerten eine Möglichkeit darstellen.

Wollte man aufgrund dieser Überlegungen eine Lösung finden, wäre es denkbar, dass für jede massgebliche (ist zu definieren) Änderung der TarMed-Tarifstruktur eine neue Kostenneutralität mit mindestens der Dauer von z.B. 12+6 Monaten festgelegt wird. Damit könnten entsprechende Strukturveränderungen jährlich übernommen werden. Im weiteren sollten auch die Daten aller beteiligten Partner schrittweise verbessert und verfeinert werden.

Dieser Punkt ist unter den beteiligten Partnerorganisationen auf oberster Ebene zu diskutieren.

6.2 Schaffung einer gemeinsamen Institution zwischen KSK, FMH und H+/SDK

Da mit der Einführung von TarMed folgende Aktivitäten gemeinsam aufzubauen sind: elektronischer Datentransfer, Auswertung von Daten, Nachfolgeorganisation und Reengineering von TarMed mit parallelem Aufbau einer TarMed-Datenbank etc. sollte eine frühere Idee wieder aufgenommen werden, welche eine gemeinsame Schaffung eines gemeinsam getragenen und finanzierten Gesundheitsinstitutes zum Inhalt hat. Über dieses Institut sind verschiedene Fragen betr. Weiterentwicklung von TarMed und Handhabung der Kostenneutralität inkl. Datenbasis einfacher abzuwickeln als in sporadischen und milizmässig tätigen Gremien.

Dieser Punkt ist unter den beteiligten Partnerorganisationen zu diskutieren.

7. Weiteres Vorgehen und nächste Schritte

Als weiteres Vorgehen sind folgende Schritte abzuwickeln:

- Diskussion und Bereinigung des vorliegenden Papiers auf technischer Ebene.
- Diskussion des Papiers auf Ebene Verhandlungsdelegationen KSK-H+/SDK und KSK-FMH; am einfachsten wäre dazu eine gemeinsame Sitzung durchzuführen (z.B. 14. März 2001).
- Bereinigung der Eckwerte an einem runden Tisch mit externer Moderation unter den Partnern FMH, H+/SDK und KSK.
- Bereitstellung der notwendigen gesetzlichen Grundlagen für die Handhabung und Umsetzung der Kostenneutralität.
- Sicherstellung gegenüber Vorsteherin EDI, BSV und Preisüberwacher, dass im KVG ein eigenständiges Modell der Kostenneutralität zum Tragen kommen wird.
- Definitives Modell nach Vorgabe des runden Tisches auf technischer Ebene umsetzen und bereinigen.
- Modell mit Vorsteherin EDI, BSV und Preisüberwacher bereinigen.
- Abstimmung des Modells der Kostenneutralität mit den gesetzlichen Bestimmungen zur Handhabung und Umsetzung der Kostenneutralität.
- Weiterbearbeitung der Tools zur Verfeinerung der Ableitung von kostenneutralen Starttaxpunktwerten und Anwendung in ausgewählten Kantonen.
- Aufbau und Verfeinerung der notwendigen Datenbasis bei allen beteiligten Partnerorganisationen.
- Genehmigung des Modells und der Vorgehensweise bei allen beteiligten Partnerorganisationen.
- Verfeinerung nach dem Genehmigungsprozess und Einsetzung der entsprechenden Gremien zur Umsetzung des Modells.

Aarau/Bern/Solothurn/Luzern, den 17. März 2001

Anhang I

Synoptische Darstellung der Standpunkte der beteiligten Partner FMH, H+, SDK und KSK

Die nachstehende Tabelle stellt die verschiedenen Standpunkte der beteiligten Partner H+, SDK, FMH und KSK zu den verschiedenen Eckwerten der Kostenneutralität in Beziehung. Ziel dieser Darstellung ist, gemeinsame und differente Standpunkte und deren Begründungen festzuhalten.

Eckwerte	H+	SDK	FMH	KSK	Bemerkungen
<p>1. Grundsätze</p> <ul style="list-style-type: none"> Wegen der Einführung von TarMed darf es zu keinem Kostenschub/Kostenminderung führen 	ja	ja	ja	ja; aber auch keine Einflüsse auf die Prämien; inkl. Leistungsverchiebungen	Die Leistungserbringer können den Zusammenhang zwischen Kosten und Prämien nicht nachvollziehen und wollen für diesen Zusammenhang auch keine Verantwortung übernehmen!
<ul style="list-style-type: none"> Bemessungsbasis sind die von den Versicherern bezahlten Bruttoleistungen von Leistungserbringern, die am Rahmenvertrag beteiligt sind, aus TarMed für OKP 	ja	ja; exklusive ambulante Rabatte	ja	ja; inklusive der bisherigen ambulanten Rabatte	<p>Abgrenzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> nur TarMed-Leistungen nur die bezahlten Leistungen (nicht die in Rechnung gestellten Leistungen) Brutto, d. h. ohne Selbstbehalte (grundsätzlich von den Versicherern nicht präsentierte Rechnungen können nicht erfasst werden) keine Anrechnung des Verwaltungsaufwandes, nur Versicherungsleistungen inkl. Hilfsmittel, wegen Tarifstruktur Abgrenzung von alternativen Versicherungsmodellen teilstationäre Leistungen sind im selben Status abzurechnen wie bisher (Basisjahr) Belegarztztätigkeit ambulant im Spital ist wie bisher abzurechnen oder sie muss statistisch präzise ausgedacht werden

Eckwerte	H+	SDK	FMH	KSK	Bemerkungen
<p>2. Bezugsbasis der Kostenneutralität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je Kanton bzw. Region • Getrennt je für freipraktizierende Ärzte und ambulant Spitäler • Pro bestehender Vertragsgemeinschaft • Bezug zwischen Taxpunktwert und den Auswirkungen der kostenneutralen Steuerung auf einzelne Fachgesellschaften 	<p>ja</p> <p>ja; die zu erwartende Differenz ist eine Folge der Neubewertung der Leistungen und als solche nicht antastbar</p> <p>ja</p> <p>Der TPW ist für alle Ärzte innerhalb eines Kantons/Region derselbe; Unterschiede zwischen den Fachdisziplinen ist im Rahmen der Tarifstruktur Rechnung zu tragen; sollten Existenzprobleme auftauchen, so wäre eine superprovisorische Tarifrevision nötig (diese Gefahr sollte sich bei jährlicher Tarifrevision jedoch in Grenzen halten)</p>	<p>ja</p> <p>ja</p> <p>ja; nur wenn vom Kanton festgelegt; ein einheitlicher Taxpunktwert je Kanton und je Vertragsgemeinschaft</p> <p>Der TPW ist für alle Ärzte innerhalb eines Kantons/Region derselbe; Unterschiede zwischen den Fachdisziplinen ist im Rahmen der Tarifstruktur Rechnung zu tragen; sollten Existenzprobleme auftauchen, so wäre eine superprovisorische Tarifrevision nötig (diese Gefahr sollte sich bei jährlicher Tarifrevision jedoch in Grenzen halten)</p>	<p>ja</p> <p>ja; die Differenz darf nicht unbegründet grösser als 5% sein!</p> <p>ja</p> <p>Taxpunktwertanpassungen müssen so erfolgen, dass nicht eine Fachdisziplin in ihrer Existenzgrundlage beschränkt wird</p>	<p>ja</p> <p>ja</p> <p>ja; solange der Kanton keine anderen Vertragsgemeinschaften festlegt und politisch auch durchsetzt</p> <p>Die Versicherer kennen die Kostenverteilung unter den verschiedenen Fachgesellschaften nicht und können daher auch keine Verantwortung über eine irgendwie geartete und veränderte Umverteilung der Einkommen innerhalb verschiedener Fachgesellschaften übernehmen; daher sollten die einzelnen nationalen Verbände den Versicherern entsprechende Korrekturen im Detail vorschlagen; im übrigen wurde auch nie eine fachgesellschaftsbezogene Kostenneutralität vorgesehen</p>	<p>In verschiedenen Kantonen bestehen zwischen den Spitälern und Versicherern verschiedene Spitalgruppen z.B. Universitäts-spital, subventionierte Spitäler, Privatspitäler; gemäss den Daten des KSK ist eine Umsetzung der Kostenneutralität nach einzelnen Vertragsgemeinschaften umsetzbar; wegen dem fehlenden Datengerüst und wegen fehlenden normativen Vorgaben ist grundsätzlich nicht bekannt, um wieviel die Umsätze der einzelnen Fachgesellschaften mit der Einführung von TarMed steigen oder sinken sollen; von daher kennen die Leistungserbringer auch nicht, welche Veränderungen gewollt und welche nicht gewollt sind; von daher ist die Art und Weise der Anpassungen nicht bekannt, d.h. es kann nicht zwischen gewollten und ungewollten Veränderungen unterschieden werden; die Kostenneutralität ist insgesamt und nicht als Einkommensgarantie oder Besitzstandsgarantie definiert</p>

Eckwerte	H+	SDK	FMH	KSK	Bemerkungen
3. Dauer der Kostenneutralität	12+6 Monate	12+6 Monate; während dieser Dauer sollen keine Änderungen an der Tarifstruktur vorgenommen werden	12+6 Monate	36 Monate; darin eingeschlossen sind: allfälliges Reengineering und erste Korrekturen; die Konsolidierung von TarMed braucht mindestens 3 Jahre!	Die zentrale Frage ist: wie lange braucht TarMed zur Konsolidierung? Entscheidend ist im weiteren, dass während den ersten 6 Monaten keine Korrekturen vorgenommen werden können, da aussagekräftiges Datenmaterial fehlt! 12+6 Monate ergibt sich aus dem Umstand, dass nach Ablauf von 12 Monaten noch Zeit für die Analyse der Daten benötigt wird
4. Taxpunktweite	Pro bestehender Vertragsgemeinschaft	Pro bestehender Vertragsgemeinschaft	Pro bestehender Vertragsgemeinschaft	Pro bestehender Vertragsgemeinschaft	Vertragsgemeinschaften sind Verträge, die verschiedene Spitäler umfassen (z.B. subventionierte Spitäler, Privat-spitäler etc.)
5. Festlegung der Starttaxpunktweite • Tool • Höhe Taxpunktwert	2; im Spital bestehen andere Voraussetzungen, die nicht mit der freien Praxis verglichen werden können Getrennt	2; vorzugsweise nur ein einziges Tool, aber wenn akzeptiert, auch zwei möglich Kostenneutralität bedingt unterschiedliche TPW's; nach Absetzen der Kostenneutralität ist sowieso auf einen gesamtschweizerisch einheitlichen TPW hinzuwirken (= Frankentarif!)	1 Im Prinzip gleich, nach Korrektur allfälliger ambulanter Rabatte	2 Getrennt; gleich, wenn sich die Leistungserbringer auf einen kostenneutralen (mengenmässig gewichtet) gleichen Starttaxpunktwert einigen können	Je getrennt für freipraktizierende Ärzte und ambulant Spital Aus der getrennten Kostenneutralität für die freipraktizierenden Ärzte und ambulant Spital besteht eine getrennte Kostenneutralität, ein getrenntes Leistungsspektrum und damit konsequenterweise auch ein differenter Starttaxpunktwert

Eckwerte	H+	SDK	FMH	KSK	Bemerkungen
<p>6. Mechanik der Kostenneutralität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung eines Konzeptes 	ja	ja	ja	ja	Es soll ein gemeinsames Handlungskonzept erarbeitet werden
<ul style="list-style-type: none"> • Basisjahr 	Wert Basisjahr 12 Monate vor Einführung von TarMed; zusätzliche Berücksichtigung der aufgelaufenen Teuerung	Wert Basisjahr 12 Monate vor Einführung von TarMed; Tarifstruktur darf nicht verändert werden	Wert Basisjahr 12 Monate vor Einführung von TarMed; zusätzliche Berücksichtigung der aufgelaufenen Teuerung	1999; bereits vorweggenommene TarMed-Effekte dürfen nicht berücksichtigt werden	Es besteht die Annahme, dass wegen der bereits im Jahre 2000 bekannten Spielregeln von TarMed im Jahre 2000 bereits ein Vorwegkonsum (Mengenausweitung) stattgefunden hat; wenn das Bezugsjahr 1999 unterlegt wird und TarMed per 1.1.2002 eingeführt wird, und wenn die bisherige Entwicklung der Kosten je Versicherten auch inskünftig weitergeht, wird ab dem Jahre 2002 ein regulativer Eingriff in die Kostenentwicklung je Versicherten vorgenommen, der die Steuerung der kostenneutralen Einführung von TarMed zusätzlich belastet
<ul style="list-style-type: none"> • Korrekturfaktor X – Grundsatz 	Durchschnitt aus 1996–1999 für ambulante Spitalleistungen	Ist Bestandteil des TPW und unterliegt dem Genehmigungsverfahren	Durchschnitt aus 1996–1999 für Leistungen der freipraktizierenden Ärzte	Normativ mit Bezug auf 1997–1999; je getrennt für die freipraktizierenden Ärzte und für ambulant Spital	Grundsätzliches Problem: Wachstumsraten waren 1997–1999 bei freipraktizierenden Ärzten (3%) und ambulant Spitäler (15%) stark unterschiedlich! Das Jahr 1996 ist wegen der Einführung von KVG nicht aussagekräftig
– wann berücksichtigt?	Läuft mit	Läuft mit	Läuft mit	Angerechnet nur wenn die vorgegebene Kostenneutralität eingehalten wurde	Faktoren die zu Faktor X führen (neue Pflichtleistungen, demographische Veränderungen, medizin-technischer Fortschritt) sind gesamtschweizerisch gleich

Eckwerte	H+	SDK	FMH	KSK	Bemerkungen
<ul style="list-style-type: none"> • Höhe von Korrekturfaktor X: gesamtschweizerische Gültigkeit? 	ja	Splitting: X1 exogen, d.h. national einheitlich; Ziel X2 schrittweise Annäherung der kantonal unterschiedlichen Taxpunktwerte an einen einheitlichen gesamtschweizerischen TPW	ja	ja	Korrekturen der Starttaxpunktwerte im Rahmen der Steuerung der kostenneutralen Einführung werden getrennt für die freipraktizierenden Ärzte und für ambulant Spitäler vorgenommen! Bisherige ungleiche Entwicklungen müssten auf einen einheitlichen Nenner gebracht werden
<ul style="list-style-type: none"> • Gleich für die freipraktizierenden Ärzte und ambulant Spitäler? 	Getrennt betrachten und festlegen; ohne Bezug zur Arztpraxis	Wenn gleiche Sachverhalte gegeben sind gleich; wenn eine Angleichung realisiert werden soll, konsequenterweise ungleich	In einer Bandbreite von maximal +/- 2%	Getrennt betrachten und festlegen, ausser die beiden Leistungserbringergruppen einigen sich auf einen gewichteten Durchschnittswert	Strukturveränderungen in den einzelnen Sektoren führen zu unterschiedlichen Entwicklungen und damit konsequenterweise zu ungleichen Entwicklungsgrössen; Kostenneutralität darf nicht zu einem Einfrieren von Strukturveränderungen führen
<ul style="list-style-type: none"> • Anrechnung 	Läuft mit	Läuft mit	Läuft mit	Anrechnung nur dann, wenn ein ganzes Jahr inkl. Interventionsbandbreite insgesamt kostenneutral verlaufen ist; keine mitlaufende Anrechnung	Bei einer mitlaufenden Anrechnung des Korrekturfaktors X muss in jedem Monat zwischen Kostenneutralitätsvorgabe und effektivem Wert unterschieden werden

Eckwerte	H+	SDK	FMH	KSK	Bemerkungen
7. Berücksichtigung von Leistungsverchiebungen	Verantwortung liegt nicht bei den Leistungserbringern	Nur im Regime von Managed Care möglich (nur in diesen Modellen kann die Verantwortung von den Leistungserbringern übernommen werden)	Verantwortung der Leistungserbringer besteht nur für von den Leistungserbringern direkt erbrachten Leistungen (keine Verantwortung für Verordnungen)	Vom Grundsatz der Kostenneutralität induzierte Leistungsverchiebungen widersprechen dem Ziel der kostenneutralen Einführung von TarMed und müssen demzufolge mitberücksichtigt werden; die Versicherer wollen daher auch die Gesamtkosten pro Versicherten in die Beurteilung der Kostenneutralität miteinbeziehen, um damit induzierte Strukturveränderungen mit berücksichtigen zu können	Unter Leistungsverchiebungen werden ein geändertes Überweisungsverhalten (ambulant in Spital und ambulant Spital zu stationär oder umgekehrt) und Verordnungsverhalten (Medikamente, Physiotherapie etc.) der Leistungserbringer verstanden; je länger (kürzer) die Kostenneutralität dauert, desto relevanter (unbedeutender) ist dieser Sachverhalt; da die Leistungserbringer bisher auf Angaben von detaillierten Daten verzichtet haben (z.B. Diagnosecode etc.) kann eine Veränderung des Patientenmixes und von Strukturveränderungen kaum statistisch nachvollzogen werden
8. Korrektur von kantonalen Taxpunktwerten	Ist nur über eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen im KVG lösbar	Ist nur über eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen im KVG lösbar; Genehmigungsverfahren dauert länger als eine allfällige Korrektur notwendig wäre; die Verfahrensfristen setzen eine absolut konsensuelle Vorgehensweise voraus (was nicht angenommen werden kann!)	Ist nur über eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen im KVG lösbar	Ist nur über eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen im KVG lösbar	Wenn unterjährige Taxpunktwertkorrekturen notwendig sind, müssen diese rasch umgesetzt werden können; der notwendige Zeitbedarf für die einzuhaltende Verhandlungskaskade: Verhandlungen → kantonale Genehmigung → Genehmigung durch den Preisüberwacher → Behandlung allfälliger Rekurse etc. verhindern kurzfristige Änderungen der Taxpunktwerte!

Eckwerte	H+	SDK	FMH	KSK	Bemerkungen
<p>9. Unterjährige Taxpunktwertkorrekturen: Grundsatz</p> <p>Anpassungsautomatismus?</p>	<p>Sind maximal pro Monat notwendig; Änderungen auf das Minimum beschränken</p> <p>Kein Korrekturautomatismus</p>	<p>Ziel: Starttaxpunkt-werte so kosten-neutral wie möglich festlegen und Korrekturen nur wenn absolut notwendig vornehmen</p> <p>Kein Korrekturautomatismus</p>	<p>Sind maximal pro Monat notwendig</p> <p>Kein Korrekturautomatismus</p>	<p>Sind maximal pro Monat notwendig</p> <p>Kein Korrekturautomatismus; jedoch auf operativer Ebene den Korrekturvorgang beschreiben und vorsehen</p>	<p>Eine Verzögerung einer notwendigen Taxpunktwertkorrektur führt zu einer späteren Korrektur mit einem grösseren Korrekturvolumen, was zu falschen Anreizen führen kann!</p> <p>Zwischen der Datenanalyse und einer notwendigen unterjährigen Taxpunktwertkorrektur finden entsprechende Verhandlungen unter den beteiligten Partnerorganisationen statt</p>
<p>10. Interventionsbandbreite</p>	<p>+/- 5%</p>	<p>Nicht numerisch festlegen; je Kanton unterschiedlich festlegen (Einzelfallbetrachtung)</p>	<p>+/- 5%; umgekehrt proportional zur Höhe des Start-TPW festlegen (je höher der TPW, desto kleiner die Interventionsbandbreite); ist abhängig von der Grösse des Korrekturfaktors X, allenfalls von X1 und X2</p>	<p>+/- 1%; macht bereits einen Betrag von rund 60 Mio. Fr. aus; grundsätzlich ist entscheidend, dass nach Ablauf der vorfixierten Dauer der Kostenneutralität die Kostenneutralitätsvorgabe genau eingehalten ist</p>	<p>Zu diskutieren ist, ob der Verlauf der Interventionsbandbreite parallel oder in einer Trichterform (am Anfang grösser und am Schluss geringer) vorgenommen werden soll; dies ist mit statistischen Methoden abzuklären</p>

Anhang II

Ehemaliger Stand der Diskussionen zwischen H+, SDK, FMH und KSK per Ende Juni 2000 (Version Bundesratseingabe per Ende Juni 2000)

1. Eckwerte

Für das gemeinsame Konzept der Kostenneutralität bestehen folgende Eckwerte:

- Im KVG-Bereich sind zwei Konzepte der Kostenneutralität zu erstellen; eines zwischen KSK und H+/SDK und eines zwischen KSK und FMH; Zielsetzung ist, zwischen beiden Konzepten eine möglichst enge inhaltliche Übereinstimmung zu erreichen.
- Die beteiligten Vertragspartner sind sich bewusst, dass nur eine möglichst exakte Festlegung und eine rasche und unbürokratische kostenneutrale Steuerung von TarMed ein Liquiditätsproblem auf Seiten der Versicherer oder der Leistungserbringer verhindern kann.
- Die Einführung von TarMed soll pragmatisch und ohne gleichzeitige politische Strukturveränderungen vorgenommen werden.
- Des Konzept der Kostenneutralität unterteilt sich in ein Grobkonzept, ein Detailkonzept und ein Umsetzungskonzept; vorliegend handelt es sich um das Grobkonzept; die beiden anderen Konzepte sind derzeit in Bearbeitung und folgen später.
- Die Handhabung des Konzeptes der Kostenneutralität ist Gegenstand der jeweiligen Rahmenverträge, die ebenfalls je zwischen KSK und FMH sowie KSK und H+/SDK abgeschlossen werden.
- Die Kostenneutralität gilt für jeden Kanton und innerhalb jeden Kantons je für den Bereich der freipraktizierenden Ärzte und für den ambulanten Spitalbereich getrennt.
- Durch die Einführung von TarMed sollen die vom Versicherer bezahlten Bruttokosten (vor Abzug von Selbstbehalt und Franchise) pro Versicherten und Jahr in den einzelnen Kantonen nicht verändert werden.
- Gegenstand der kostenneutralen Steuerung von TarMed sind die von den Versicherern bezahlten Bruttokosten im Basisjahr (1999) nach den alten Tarifen (oder Teilen davon) und mit Bezug auf die von TarMed tarifierten Leistungen.
- Die Dauer der kostenneutralen Steuerung von TarMed beträgt 3 Jahre und beginnt mit dem Einführungszeitpunkt von TarMed; sie wird von den jeweiligen Partnern gemeinsam vorgenommen und mit einem gemeinsamen statistischen Konzept begleitet.
- Die Sicherstellung der Kostenneutralität erfolgt über eine mitlaufende und eine Jahresendkontrolle; die mitlaufende Kontrolle basiert auf einem maximal monatlichen Datenabruf auf der Basis der Daten der von den Versicherern bezahlten ambulanten TarMed-Kosten je Versicherten aus dem Datenpool des KSK; bei der Jahresendkontrolle werden die Auswirkungen auf die gesamten Behandlungskosten je Versicherten auf der Basis der Risikoausgleichsstatistik des KSK nach Ablauf eines ganzen Jahres gemeinsam überprüft; dabei sollen auch Verschiebungen der Behandlungsabläufe und Strukturveränderungen mitberücksichtigt werden.
- Die Versicherer und die jeweiligen Organisationen der Leistungserbringer legen auf der Basis des gemeinsam entwickelten Modells zur Ableitung möglichst kostenneutraler kantonaler Starttaxpunktwerte die jeweiligen Starttaxpunktwerte ab und führen diese auf Vertragsbasis ein.
- Ändert sich im Verlaufe der Leistungsabrechnung mit TarMed der effektive Verrechnungswert je Taxpunkt über oder unter die gemeinsam vorgegebene Interventionsbandbreite, so vereinbaren die zuständigen Vertragspartner innert Monatsfrist den neuen Taxpunktwert für die nächste Periode; für die Verrechnung des massgeblichen Taxpunktwertes gilt dabei der Behandlungszeitpunkt; zur Handhabung der kostenneutralen Steuerung von TarMed setzen die jeweiligen Tarifpartner ein gemeinsames Tarifbüro ein, das die Aufgabe hat, die jeweiligen Datengrundlagen festzulegen, die Kostenentwicklung zu verfolgen sowie die notwendigen Analysen der Kostenentwicklung durchzuführen und insbesondere allfällige Strukturveränderungen und veränderte Patientenströme zu monitorisieren.
- Die tarifpolitischen Entscheide zur Festlegung der neuen Taxpunktwerte werden durch gemeinsam von den Partnerorganisationen bestimmten entscheidungskompetenten Verhandlungsdelegationen getroffen; zur Umsetzung dieser Vorgehensweise setzen die jeweiligen Partnerorganisationen eine entsprechende Projektorganisation ein.
- Für den Zeitpunkt der Einführung von TarMed (Starttaxpunktwerte) wird unter den jeweiligen Verhandlungsdelegationen jährlich ein gesamtschweizerisch gültiger Winkel Alpha vereinbart, der die Konsequenzen aus der medizinischen und demographischen Entwicklung sowie von veränderten Patientenbedürfnissen abbildet; die vom EDI genehmigten neuen Pflichtleistungen werden separat erfasst, kostenmässig quantifiziert und zum vereinbarten Winkel Alpha zugeschlagen; zusätzlich verhandeln die zuständigen Tarifpartner über die Teuerung und Produktivitätsfortschritte; die jeweiligen Partnerorganisationen können zudem vorsehen, zusätzlich zum Winkel Alpha gemeinsam entsprechende Zielvereinbarungen zur Einsparung von Kosten vorzusehen.
- Der Winkel Alpha wird jährlich von den zuständigen Vertragspartnern festgelegt und nach Ablauf eines ganzen Jahres und nach Massgabe der Einhaltung der Kostenneutralitätsvorgabe mit dem Taxpunktwert der Folgeperiode verrechnet; es erfolgt keine rückwirkende Anrechnung des Winkels Alpha.

2. Kostenneutrale Einführung von TarMed

Die kostenneutrale Einführung von TarMed erfolgt gemäss folgenden Grundsätzen:

- Primär steht die kostenneutrale Einführung von TarMed im Zentrum der Vertragspartner.
- Damit die kantonale Kostenneutralität durch die jeweiligen Partner sichergestellt werden kann, führen die beteiligten Tarifpartner TarMed in den jeweiligen Kantonen dann ein, wenn im einzelnen Kanton alle Leistungserbringer bereit sind, TarMed einzuführen; dazu melden die kantonalen Gesundheitsdepartemente dem KSK, zu welchem Zeitpunkt alle Leistungserbringer je Kanton bereit sind.
- Damit ein Anreiz zu einer möglichst frühen Umstellung auf TarMed geschaffen wird, gilt die Anwendung der Regeln der Kostenneutralität bereits ab dem offiziellen Einführungszeitpunkt per 1.1.2001 auch auf der Abrechnung der bisherigen Tarife.
- Zum Einführungszeitpunkt von TarMed ist eine Schlussabrechnung nach altem Tarif vorzunehmen und per Einführungszeitpunkt und Behandlungsdatum der Patienten mit TarMed abzurechnen; die Umstellung auf TarMed hat gleichzeitig und integral zu erfolgen.
- Spätestens per 1. Januar 2002 muss TarMed gesamtschweizerisch eingeführt sein.

3. Steuerung der Kostenneutralität durch die Vertragspartner

Die *gemeinsame Steuerung der Kostenneutralität* wird wie folgt vorgenommen:

- Die Vertragspartner sehen in ihren Rahmenverträgen vor, dass die Steuerung der Kostenneutralität auf gemeinsam festgelegten Grundlagen und maximal monatlich erfolgen kann.
- Die beteiligten Vertragspartner verpflichten sich, den jeweiligen Starttaxpunktwert möglichst exakt pro Kanton und für die beiden Leistungserbringergruppen (freipraktizierende Ärzte und ambulante Spitäler) festzulegen; je genauer der Starttaxpunktwert festgelegt werden kann, desto weniger muss in der Folge eine Korrektur der Taxpunktwerte vorgenommen werden.
- Auf der Basis der gemeinsam vereinbarten Datengrundlage nehmen die jeweiligen Vertragspartner jeden Monat einen Vergleich der effektiven Behandlungskosten je Taxpunkt mit dem vorgegebenen kostenneutralen Taxpunktwert (Starttaxpunktwert) vor; Abweichungen von der kostenneutralen Vorgabe werden im Rahmen von Verhandlungen im Folgemonat korrigiert; eine Korrektur wird nach oben und nach unten vorgenommen.
- Grundsätzlich sollen entsprechende Korrekturen zur Einhaltung der Kostenneutralität mit dem jeweiligen Taxpunktwert vorgenommen werden.
- Damit die notwendigen Taxpunktwertkorrekturen möglichst verursachergerecht vorgenommen werden können und damit keine falschen Anreize betreffend Leistungsverrechnung gesetzt werden,

wird die Möglichkeit von nach einzelnen Leistungsgruppen differenzierten Taxpunktwerten (z.B. Leistungen der Grundversorger, Extraleistungen etc.) vorgesehen.

- Parallel dazu ist vorzusehen, dass die im Tarif vorgegebenen Möglichkeiten der Leistungslimitierungen schrittweise und punktuell verschärft werden können.

4. Übergangsbestimmungen und Verlängerungsmöglichkeiten

Gleichzeitig mit der Einführung von TarMed sind folgende Punkte zu beachten:

- Umstellung auf die neue Eidgenössische Analysenliste und auf den neuen Physiotherapietarif zum Zeitpunkt der Einführung von TarMed.
- Einführung eines neuen Medikamentenabgabemodells.
- Seitens der FMH wird gefordert, dass die bestehenden kantonalen Taxpunktwertunterschiede für ärztliche Leistungen der freipraktizierenden Ärzte über den Winkel Alpha und mittels des neuen Medikamentenabgabemodells schrittweise und innerhalb von 5 Jahren verringert werden sollen; dies bedeutet, dass die zuständigen Verhandlungspartner in den jeweiligen Kantonen mit hohen Taxpunktwerten eine schrittweise Absenkung ihrer Taxpunktwerte zugunsten der Kantone mit niedrigeren Taxpunktwerten zustimmen; eine Annäherung der bestehenden Taxpunktwertdifferenzen muss gesamtschweizerisch kostenneutral sein.
- Eine Annäherung der Taxpunktwerte in den Kantonen muss ebenfalls schrittweise vorgenommen werden.
- Die Dauer der kostenneutralen Steuerung von TarMed ist bei gleichzeitiger Umsetzung der geforderten schrittweisen interkantonalen und innerkantonalen Taxpunktwertharmonisierung entsprechend zu verlängern.

5. Übrige Punkte

Zusätzlich gelten folgende Punkte:

- Die Grundsätze und Regeln für die Ableitung der kostenneutralen Starttaxpunktwerte und zur kostenneutralen Steuerung werden von den zuständigen Vertragspartnern in ihren Rahmenverträgen festgehalten.
- Zum Zeitpunkt der Einführung von TarMed stellen die beteiligten Partner die notwendigen Datengrundlagen und eine gemeinsame Infrastruktur zur Steuerung der kostenneutralen Einführung von TarMed zur Verfügung; zusätzlich benennen sie die jeweiligen Verhandlungsdelegationen und stellen die notwendigen Daten und Ressourcen zur Verfügung.
- Die beteiligten Partner verpflichten sich, die notwendigen Detail- und Umsetzungskonzepte bis spätestens per Ende 2000 gemeinsam auszuarbeiten und zu genehmigen.

Aarau/Bern/Solothurn/Luzern, Ende Juni 2000

Und wie es weiterging ...

Das EDI hat die Forderung nach kostenneutraler Einführung zu seiner Maxime gemacht und von den Vertragsparteien immer wieder die Vorlage eines Konzepts zur kostenneutralen Einführung der Tarife verlangt. Trotz mehrmaliger Aufforderung ist das EDI es den Vertragsparteien schuldig geblieben, genaue Zielsetzungen zu nennen und insbesondere gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

In der Tat bestehen *keine gesetzlichen Grundlagen für diese Forderung nach kostenneutraler Einführung der Tarife*. Dies erklärt die in concreto vornehme Zurückhaltung des EDI hinsichtlich konkreter Vorgaben mehr als hinreichend. Kommt der von vielen Seiten immer wieder geäußerte Verdacht hinzu, das EDI wolle das Globalbudget nach Scheitern einer gesetzlichen Verankerung nun auf kaltem Weg mittels kostenneutraler Einführung der Tarife bewerkstelligen, was überdies den angenehmen Nebeneffekt hätte, dass die Ärzteschaft sich zur Autoexekution überlassen werden könnte, ohne dass die Politik sich hier die Finger schmutzig machen müsste. Fürwahr ein elegantes Vorgehen, einer immer etatistischeren Gesundheitspolitik das pseudoliberalen Mäntelchen umzuhängen.

Die Ärztekammer hat 1999 die Version 5.0 zur kostenneutralen Einführung der Tarife einstimmig abgelehnt. Seither wurde in zähen Verhandlungen eine Auslegeordnung der Problematik sowie sinnvolle Vorgehensweisen für den unbestrittenen Kern des Anliegens erarbeitet. Die Situation präsentiert sich für den UVG-Bereich wegen differenter gesetzlicher Vorgaben anders, wie nachfolgend gezeigt werden wird.

Um was geht es denn im Kern?

Konsens hat zwischen den Vertragsparteien, wie oben ausgeführt, immer darüber bestanden, dass die Einführung der Tarife per se nicht zu einer relevanten der durch diese Tarife ausgelösten Kosten führen soll. Gemeint ist dies: Eine neue Tarifstruktur kann Anreize setzen, Leistungen vermehrt zu erbringen, die gut bezahlt sind ... oder das Gegenteil; sie kann aber auch nicht erkannte Fehler enthalten, die zu Kostenschüben oder Einkommenseinbrüchen der Leistungserbringer führen könnten.

Es ist im Interesse aller Vertragsparteien, in der noch instabilen Einführungsphase *Sicherungsnetze auf beiden Seiten* verankert zu wissen. Ebenso liegt es im Interesse aller, *in der Phase der Einführung die Struktur hinsichtlich ihrer konkreten Anwendung zu perfektionieren*. Nur diese konkrete Anwendung gibt eine realistische Sicht der Dinge, womit *Warenkorbvergleiche gemäss alten und neuen Tarifen, Schattenrechnungen und anderes mehr in den Bereich gehobenen Kaffeesatzlesens verwiesen sind* (vgl. unten).

Im Laufe der Verhandlungen wurde der Begriff der Kostenneutralität, nicht zuletzt unter dem Druck des Preisüberwachers, als tragendes Element für die Er-

arbeitung der Tarifstruktur angewendet. Dieser Ansatz steht in direktem Gegensatz zur Forderung der betriebswirtschaftlichen Berechnung der Tarifstrukturen und kann nicht anders als Perversion – im eigentlichen Sinne des Wortes verstanden – eines ohnehin wolkigen Begriffs bezeichnet werden. Die FMH hat sich immer gegen diese Entwicklung gestemmt; *sie wird eine «kostenneutrale» Erarbeitung der Tarifstruktur in Zukunft unter gar keinen Umständen mehr akzeptieren. Die Kumulation einer sog. kostenneutralen Tarifstruktur mit deren kostenneutralen Einführung ist ein solcher Unsinn, dass verdeckte unlautere Absichten zwingend zu vermuten sind. Diese sind sehr einfach gestrickt: Das Prinzip der Kostenneutralität kommt so zweimal zur Anwendung, einmal implizit, einmal explizit. Der Preisüberwacher lässt grüssen.*

Diese implizite Kostenneutralität der Tarifstruktur wurde in teilweiser Würdigung der Forderungen des Preisüberwachers erfüllt. Es besteht so schon aus dieser Sicht *nicht die geringste Veranlassung, entsprechende vertragliche Regelungen einzugehen, die über die eng definierte, oben festgehaltene Zielsetzung hinausgehen. Noch weniger besteht Veranlassung, den Forderungen des EDI nach Vorlage eines Kostenneutralitätskonzepts nachzukommen, Forderungen, für die nicht Andeutungen einer gesetzlichen Grundlage bestehen.*

Genügt der richtige Starttaxpunktwert denn nicht, um die kostenneutrale Einführung zu garantieren?

Lange Zeit ging man in der Tat davon aus, dass die Bestimmung des richtigen Starttaxpunktwertes die kostenneutrale Einführung wenn nicht garantieren so doch massiv erleichtern würde. Diese Hypothese ist aus mehreren Gründen fraglich:

- Die Bestimmung des «richtigen» Starttaxpunktwertes ist methodisch ausserordentlich schwierig. Neben den unter Ziffer 6 für die kostenneutrale Steuerung relevanten Voraussetzungen, die auch für die Festlegung des Starttaxpunktwertes gelten, sind folgende Probleme zu berücksichtigen:
 - Einzige einigermaßen verlässliche Methode ist die sog. *Transkribierung*, bei der einer oder mehreren Leistungen des alten Tarifs eine oder mehrere *inhaltlich gleiche* Leistungen zugeordnet werden. Hier sind grosse Schwierigkeiten zu überwinden: Vorab ist häufig eine $1 \rightarrow n, n \rightarrow 1$ -Problematik zu lösen. Vor allem aber muss der Transkribent bestens mit *den realen Anwendungen des alten Tarifs vertraut sein, die nicht selten wenig bis nichts mit der vom Tarif «vorgeschriebenen Realität» zu tun hat.*
 - Jede Tarifkostenprognose hängt von den unterlegten bzw. angenommenen *Mengen* ab. Diese sind schon für die alten Tarife häufig nur sehr ungefähr bekannt; für die neuen Tarife könne sie zwangsläufig nur das sein, was man im angelsächsischen Bereich so schön *«real guess»* nennt. Diese aufgrund der Expertenge-

sprache getroffenen groben Annahmen werden aber inzwischen von jedermann wie das in Stein gehauene Wort Gottes gehandelt. Wohin solch fahrlässiges Tun führen wird, ist auch für den mit Tarifen nicht Vertrauten leicht erkennbar.

- Mengen haben noch eine andere Bedeutung: In allen Vergleichsrechnungen werden vor allem die grössten Mengen bzw. die häufigsten Leistungen einer Analyse unterzogen. Auch hier gilt die 80/20-Regel: Mit 20 Leistungen sind 80% des Kostenvolumens definiert. Anders herum: *Die Basisgrundleistungen, in der TarMed-Tarifstruktur an Umfang und Gewichtung gezielt aufgewertet sind die absolut bestimmenden Grössen.*

Oder noch einmal anders herum: Die Grundversorger, schon etwas abgestuft andere mitgliederstarke Fachdisziplinen, bestimmen das Bild. Bezogen auf ihre Mitgliederzahl *kleine Fachdisziplinen können aber glatt im sog. Grunddrauschen untergehen.*

Es kommt hinzu, dass nicht alle Fachdisziplinen auf eine Absenkung des Taxpunktwertes gleich sensibel reagieren. Einzelnen droht schon bei einer Absenkung von Fr -.05 das Aus, während andere Disziplinen (mit mehr Ausweichmöglichkeiten) wesentlich kälterestanter sind.

Zu fordern ist deshalb, dass bei Festlegung eines Starttaxpunktwertes dessen Auswirkungen auf ALLE Fachdisziplinen überprüft wird. Es kann nicht sein, dass kleine Fachdisziplinen durch die Tarifeinführung gleichsam kalt exterminiert werden.

- Die anderen Methoden, vor allem die *Warenkorbstudien*, sind (wie anderen Ortes ausgeführt) durch die gleichen Probleme belastet. Als weitere Unwägbarkeiten kommen aber noch *Annahmen darüber hinzu, wie der Arzt sich bei einer bestimmten Indikation bzw. in einer bestimmten Situation verhalten würde.* Verschiedene Vorstudien haben gezeigt, dass solche Annahmen schlicht unmöglich sind: Neben der immensen *Varianz von Behandlungsstilen* spricht ein absolut pertinenter methodischer Grund gegen ein solches Vorgehen: *Ein Arzttarif basiert auf einer Nomenklatur nicht indikationsbezogener ärztlicher Leistungen, die ohne Verklammerung mittels klaren Diagnosen nicht auf klinische Gemenglagen oder Indikationen bezogen werden können.*

- Vergleiche alter zu neuer Tarif haben nicht nur eine sehr ungewisse Handhabung der neuen Tarifstruktur, sondern auch die Handhabung der alten Tarife zu berücksichtigen. Es ist alles andere als so, dass die alten Tarife ihren Regelungen konform angewendet worden wären bzw. angewendet werden. Im Gegenteil leben wir aktuell – zumindest tarifarisch – in einem Horrorpanoptikum, ausstaffiert mit Analogiepositionen, Phantasietarifen, Bedeutungsverschiebungen zwischen Tarifpositionen, Blocktarifen (von denen niemand mehr weiss, was sie eigentlich beinhalten sollen) u. a. m.

Am gravierendsten ist die in vielen Bereichen geradezu systematisch geübte Praxis der Doppelverrechnung (z.B. Arzt und Spital rechnen die gleiche Position zweimal voll ab, und von Aufteilung war da gar nichts). Wir haben seit 1992 immer wieder in Vorträgen und Artikeln auf diese Problematik aufmerksam gemacht, die bei der Einführung neuer, AL/TL-gesplitteter Tarife zu akuten Problemen führen müsste. Nun einmal mehr recht zu behalten, macht auch nicht froh, vor allem wenn in betracht gezogen wird, dass aktuell wieder eine Scheindiskussion geführt wird: Horrorzahlen angeblicher Verluste sind nur auf diesem Hintergrund verständlich, ein Hintergrund, der in der Diskussion, sei es bewusst oder unbewusst, meist verschwiegen wird. *Nicht erstaunlich, dass Diskussionen, die auf dem Vergleich der Tarifstrukturen selbst ohne Berücksichtigung dieser Hinter- oder wohl besser Untergründe basieren, zurückhaltend formuliert, nicht zielführend sein können.*

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Starttaxpunktwert möglichst genau berechnet werden muss; die hierfür *geeignetste Methode ist die von New Index in allen Kantonen angewendete Transkribierungsmethode.*

Die Resultate dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie angesichts der erwähnten methodischen wie praktischen Probleme mit grösster Zurückhaltung interpretiert werden müssen und im Grunde nur eine ungefähre Grössenordnung angeben können.

So wichtig der Starttaxpunktwert für die unmittelbare Einführung sein wird, darf dies doch über eines nicht hinwegtäuschen: Seine Bedeutung wird innerhalb von Wochen nach der Einführung der Tarife rapid an Bedeutung verlieren. Es fragt sich deshalb, wie viele Ressourcen hier eingesetzt werden sollen, oder ob man *nicht besser von Fr. 1.– ausgehen würde, dem Taxpunktwert, nach dem implizit die Tarifstruktur gerechnet wurde.* Solche Überlegungen sind zumindest für den Bereich der die ganze Schweiz abdeckenden eidgenössischen Tarife (UV/MV/IV-Arztтарif) sehr wohl angebracht.

Ist die kostenneutrale Einführung der Tarife technisch überhaupt zu bewerkstelligen?

Die kostenneutrale Einführung der Tarife ist technisch zu bewerkstelligen, wenn eine Vielzahl von Voraussetzungen erfüllt sind:

Vergleichsgrösse

Angesichts der heutigen Datenlage möglich ist nur ein Vergleich der Kosten pro Versicherten und Jahr der obligatorischen Grundversicherung (OKP) im Vertragsgebiet (höher aggregierte Grössen, z.B. Gesamtkosten sind nicht akzeptabel, weil sie einem Globalbudget sine lege entsprechen würden).

Klare Segmentierung

Dies bedeutet eine Vielzahl klarer Abgrenzungen, die von der Datenlage nur fraglich untermauert werden können:

*Abgrenzung der Sektoren ambulant/
Praxis, ambulant/Spital, stationär*

Probleme bestehen hier vor allem zwischen den ersten zwei Sektoren: Die Sektoren könnten versucht sein, sich unattraktive Leistungen zuzuschieben. Zudem ist heute nicht absehbar, ob eine erneut anstehende KVG-Revision dazu führen würde, dass der Sektor ambulant/Spital von einem neuen Sektor «teilstationär», der in seinen Abgeltungsformen dem Sektor stationär zugeschlagen werden soll, vollkommen aufgesaugt würde (eine Entwicklung, die nota bene das gesamte Tarifmodell KoReg-INFRA und damit TarMed über den Haufen werfen würde).

Auch wenn sich die Datenlage wesentlich verbessert hat und durch Gewinnung von Zahlen bei eingeführten Tarifen noch verbessern würde, ist es fraglich, ob eine solche geschaffen werden kann, auf deren Basis die Einführung gesteuert werden könnte.

Abgrenzung der Vertragsgebiete

TarMed soll für den KVG-Bereich kantonsweise eingeführt werden; dies ist schon vom KVG her vorgegeben. Für die Bestimmung der Kostenvolumina sind die *Kosten pro im Kanton wohnender Versicherter massgeblich*. Da diese Versicherten aber nicht nur in ihrem Wohnortskanton behandelt werden, trifft die in einem Kanton tätigen Ärzte eine Verantwortung für Entwicklungen, die sie nicht einmal theoretisch steuern können.

Als Beispiel diene die Innerschweiz: Behandlungen an Patienten aus der Urschweiz im Zentrum Luzern werden den Ärztinnen und Ärzten der Urkantone aufgelastet; andererseits haben die Luzerner Ärztinnen und Ärzten gerade zu stehen für Behandlungskosten in den umliegenden Kantonen (insbesondere Aargau) und Kantonen mit universitären Zentren.

Daten für die Steuerung dieser Prozesse können mit Sicherheit nicht bereitgestellt werden.

Ein Tarifvertrag pro Vertragsgebiet

In den Verhandlungen wird immer davon ausgegangen, pro Kanton käme ein Vertrag zur Anwendung. Dies ist absolut nicht zwingend. Es ist im Gegenteil denkbar, um nicht zu sagen wahrscheinlich, dass sich einzelne, mit dem Tarif unzufriedene Ärztgruppen oder sogar einzelne Ärztinnen und Ärzte dem Vertrag ihrer kantonalen Gesellschaft mit dem KSK nicht anschliessen und einen eigenen Vertrag mit eigenen Konditionen auszuhandeln versuchen; dieses Recht steht ihnen ausdrücklich zu (siehe: Société Neuchâteloise/Société Neuchâteloise de Pédiatrie contre le Conseil d'Etat de la République et canton de Neuchâtel/Fédération neuchâteloise des assureurs-maladie vom 28. Juni 2000).

Unabhängig davon, ob solche Partikularverhandlungen mittelfristig für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte sinnvoll und zielführend sind, eines steht fest: *Sollte eine erhebliche Zahl von Ärztinnen und Ärzten bei Einführung der Tarife diese Option wählen, kann*

das Kostenneutralitätsprinzip, gerade in kleineren Kantonen, aus rein statistischen Gründen (Repräsentativität der Zahlen, Biases aller Art) nicht zur Anwendung kommen.

Abgrenzung gegen andere Versicherungsmodelle

Ärztgruppierungen haben in den letzten Jahren, über die ursprünglichen sog. Hausarztmodelle hinausgehend, Abgeltungsverträge abgeschlossen, die ganz oder teilweise Pauschalverrechnungen enthalten.

Gesetzlich wie tariftechnisch stehen diese «Modelle» ausserhalb des Bereiches, der durch die sog. kostenneutrale Einführung der Tarife erfasst werden kann.

Die Situation wird noch dadurch erschwert, dass Ärztinnen und Ärzte sowohl diesen Modellen angehören können, daneben aber nach konventionellem Einzelleistungstarif abrechnen.

Abgrenzung gegen Zusatzversicherungsbereich

Entgegen der vom EDI immer wieder mit (verdächtiger?) Inbrunst zur Schau gestellten Überzeugung, sind die Abgrenzungen hier alles andere als klar.

Dies gilt vorab für den legalen bzw. juristischen Bereich, wo bis zum Vorliegen höchstrichterlicher Entscheide für etliche Bereiche offen bleibt, ob z.B. im ambulanten Bereich ergänzend zum OKP-Bereich Leistungen im Zusatzversicherungsbereich verrechnet werden können.

Schon die juristisch unbestrittenen Mechanismen bieten genügend «Ausweichmöglichkeiten». So kann ein Patient kurzfristig stationär, zukünftig teilstationär im Zusatzversicherungsbereich behandelt werden. Der OKP Bereich wird damit sicher entlastet zu Lasten der Zusatzversicherung. Doch: waren solche Machinationen das Ziel von TarMed?

Viel zu wenig beachtet wird in diesem Zusammenhang auch die *Internationalisierung und Dynamisierung der Versicherungsmärkte*. Schon jetzt treten ausländische Versicherer in der Schweiz auf, die bestimmte Leistungsbereiche, die ihnen attraktiv erscheinen, abdecken und den unattraktiven Rest der schweizerischen sozialen Grundversicherung überlassen.

Solche Perspektiven machen deutlich, in welchem Ausmasse «Kostenneutralitätskonzepte» von rückwärtsgewendetem Funktionärsdenken und national-insulärem, deterministischem Machbarkeitswahn geprägt sind.

Wirksame Instrumente

Zentrale Voraussetzung für die kostenneutrale Einführung der TarMed-Tarife sind *griffige, kurzfristig wirksame Instrumente, die legal in jeglicher Hinsicht verlässlich abgestützt sind*.

Rein operationell-tariftechnisch sind diese Instrumente klar definierbar (vgl. Konzept kostenneutrale Einführung von TarMed im Bereiche der obligatorischen Grundversicherung nach KVG Version 2.2., nachfolgend K2.2):

Kurzfristige Anpassung des Taxpunktwertes

Kommt dann zum Einsatz, wenn ungewünschte Kostenveränderungen ohne identifizierbaren Grund oder Leistungserbringergruppe eintreten. Die ursprüngliche Idee, Taxpunktwerthanpassungen auf einzelnen Leistungen/Leistungsgruppen vorzunehmen, wurde fallengelassen, weil es sich um implizite, unstrukturierte Eingriffe an der Tarifstruktur handelt.

Anpassung der Taxpunktzahl(en)

Hier handelt es sich um eine Korrektur der Tarifstruktur; Voraussetzung ist, dass auslösende/betroffene Leistungserbringer sowie Gründe für die Fehlertarifierung identifiziert sind.

Für die operative Umsetzung dieser Korrekturen ist die Erfüllung einiger Voraussetzungen unerlässlich:

Informatische und betriebswirtschaftliche Voraussetzungen

Diese Voraussetzungen können, ohne hier in die Details gehen zu wollen, bis zur allfälligen Einführung der TarMed-Tarife als erfüllt bzw. erfüllbar bezeichnet werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang das Reengineering der Tarifstruktur, auf das an anderem Ort vertieft eingegangen wird.

Bevollmächtigtes Entscheidungsgremium

Eine Umsetzung ist nur möglich, wenn innert Monatsfrist die notwendigen Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden können. Dies erfordert ein Leitungsgremium, das innert dieser Frist entscheiden kann. Die Vertragsparteien müssten an ihre Delegierte weitgehende, abschliessende Entscheidungsbefugnisse abtreten. Ob sich für diese Aufgabe, z.B. seitens der Ärzteschaft, überhaupt Leute finden liessen, die sich dieser in jeglicher Hinsicht undankbaren Aufgabe unterziehen würden, mag an dieser Stelle offen bleiben.

Hinzu kommt, dass die beteiligten Vertragsparteien ein klares Mandat haben müssen. Es muss zumindest als ungeklärt bezeichnet werden, ob z.B. die kantonalen Gesundheitsdepartemente diese Kompetenzen für die öffentlichen Spitäler an H+ delegieren würden.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen lassen ein solches Vorgehen nicht zu:

- Will der Bundesrat an seiner, von der FMH klar widersprochenen Forderung festhalten, *die Tarifstruktur genehmigen zu müssen, so können die notwendigen Fristen nicht eingehalten werden*, es sei denn, der Bundesrat wolle sich zweimal pro Monat zu einer einlässlichen, positionsweisen Analyse der Tarifstruktur TarMed versammeln.

- Soll der Preisüberwacher weiterhin zu jeder Änderung der Tarifstruktur Stellung nehmen, eine Position, für die nach Auffassung der FMH keine gesetzliche Grundlage besteht, so sind die notwendigen Fristen vollends nicht einzuhalten.
- Diese Ausführungen gelten mutatis mutandis für Taxpunktzahl wie Taxpunktwerthkorrekturen. Hinzu kommt, dass bei jeder Änderung zumindest des Taxpunktwertes, möglicherweise der Taxpunktzahlen (die Gerichte bzw. Rekursinstanzen haben bis jetzt diese beiden Elemente nie differenziert), Gruppen von Leistungserbringern und/oder Versicherern gegen diese Entscheide eines Leitungsgremiums Klage erheben oder Rekurs einlegen würden. Anzumerken ist, dass die Entscheide der schweizerischen Instanzen gemäss Art. 6 EMRK nach Strassburg weitergezogen werden können. Die zeitlichen Grössenordnungen dieser Rechtswege per se machen eine Einführung der TarMed-Tarife zu einem fraglichen Unternehmen; eine kostenneutrale Steuerung der TarMed-Tarife ist so undenkbar.

Die FMH hat seit 1997 die zuständigen politischen Instanzen, insbesondere das EDI, auf diese Probleme immer und immer wieder aufmerksam gemacht. In buntem Reigen wurde diffus von zu lösenden, und dann nie gelösten Hausaufgaben (welcher Schüler würde das überleben?), wolkigen Gentlemans Agreements (wobei offen, was die nicht am Tisch sitzenden Nichtgentlemen tun würden), weiteren Runden Tischen (deren einzige Realität ihr Stattfinden war) u.a.m. gesprochen. Vornehmlich wurde aber durch beherrschende, schuldzuweisende Episteln und das Erheben immer neuer, gesetzlich noch weniger fundierter Forderungen versucht, von den eigenen Problemen, Hilflosigkeiten und Insuffizienzen abzulenken.

Ende März 2001 ist festzustellen, dass sich die Versicherer und Leistungserbringer auf mögliche Vorgehensweisen geeinigt haben, dass aber andererseits die politischen Instanzen, vornehmlich das EDI, offensichtlich nicht imstande waren und sind, die notwendigen legalen Randbedingungen zu schaffen bzw. zu klären. In dieser Situation ist es undenkbar, der Ärzteschaft bzw. der FMH vorzuschlagen, der Einführung der TarMed-Tarife im KVG-Bereich zuzustimmen bzw. die entsprechenden Rahmenverträge zu genehmigen. Kein seiner Sinne mächtiger Mensch lässt sich zu einem Nachtblindflug über den Pazifik ohne Bodenkontrolle in einem noch nicht ausgereiften Flugzeug bewegen, mit vielleicht fähigen Piloten im Cockpit, deren einzige Orientierungshilfen aber Feldstecher und Sextant sind.

Vereinbarung betreffend die Fallkostenstabilisierung TarMed

zwischen den Versicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung, vertreten durch die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK),

dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV),

der Invalidenversicherung, vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherung

und der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

Version 1.0

Zusammenfassung

1. Grundlagen der fallkostenstabilen Einführung TarMed

Bei der Entwicklung von TarMed ging es einerseits um eine Neustrukturierung des Leistungskataloges, andererseits um eine Neubewertung der darin enthaltenen ärztlichen und technischen Leistungen. Den damit verfolgten Zielen hat auch eine Tarifierpassung im Rahmen der Sicherstellung von Fallkostenstabilisierung Rechnung zu tragen.

1.1 Zielsetzung

Mit Fallkostenstabilisierung soll sinngemäss zum Ausdruck gebracht werden, dass die TarMed induzierten Kosten nach der Tarifierfassung keine wesentliche Veränderung gegenüber den Kosten vor Tarifierfassung erfahren.

Mit Fallkostenstabilisierung soll den Risiken eines Kostenschubs (bei den Kostenträgern) wie auch eines unverhältnismässigen Umsatzrückgangs (bei den Leistungserbringern) entgegengewirkt werden.

1.2 Gegenstand und Ebenen der Betrachtung

Fallkostenstabilisierung bezieht sich auf die ausbezählten Rechnungen der in der Nomenklatur aufgeführten Leistungen durch die Arztpraxis und den ambulanten Bereich des Spitals im UV-, MV-, IV-Bereich.

Fallkostenstabilisierung ist für die drei Kostenblöcke «Gesamt» (Arztpraxis und Spital ambulant), «Arztpraxis» (d.h. freipraktizierende Ärzte) sowie «Spital ambulant» getrennt, aber nach gleichen Prinzipien festzulegen und zu überwachen.

Die Entwicklung weiterer Kostenblöcke der Gesundheitsversorgung (Spital stationär, Physiotherapie, u. a.) wird zusätzlich analysiert und beurteilt alles.

1.3 Grundprinzipien und Rahmenbedingungen

Fallkostenstabilisierung wird für die Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung gemeinsam festgelegt.

Fallkostenstabilisierung ist auf Basis der Statistiken der Kostenträger und Leistungserbringer bezogen auf die bezahlten Leistungen festzulegen und zu überwachen.

1.4 Koordination mit der Krankenversicherung

Die gesetzlich vorgesehene Wahrung der einheitlichen Tarifstruktur erfordert in Zusammenhang mit der strukturellen Tarifierpassung (Taxpunktzahlpassungen) eine Koordination mit der Krankenversicherung.

2. Operationalisierung der Fallkostenstabilisierung

2.1 Mittlere Monatsfallkosten

Die Festlegung und Überwachung der Fallkostenstabilisierung erfolgt auf Grundlage der mittleren Monatsfallkosten (gleitendes 12-Monatsmittel).

2.2 Fallkostenstabiler Korridor

Fallkostenstabilität wird durch den «fallkostenstabilen Korridor» (Niveau sowie Bandbreite, d.h. zulässige Ober- und Untergrenzen der Kostenentwicklung) verbindlich festgelegt.

Für die Fixierung des Niveaus des «fallkostenstabilen Korridors» wird ein gewichtetes Mittel der Fallkosten aus den letzten 13 Monaten der gleitenden 12-Monatsmittel herangezogen.

Die Bandbreite ist auf der Basis der Streuung der letzten 36 Monate normativ festzulegen. Ausserhalb der Bandbreite liegt Fallkostenstabilisierung nicht vor.

2.3 Abweichung von Fallkostenstabilität

Der Zeitpunkt einer Tarifierpassung wegen einer korrekturbedürftigen Abweichung wird ebenfalls mit Hilfe gleitender Monatsmittel bestimmt. Das Ausmass der Tarifierpassung ergibt sich aus der Anpassung des effektiven monatlichen Kostenwerts zum Wert des Niveaus.

3. Taxpunktwertanpassung

3.1 Grundsätze

Taxpunktwertkorrekturen bzw. relevante Kostenentwicklungen werden durch die Vertragspartner erbracht.

Primär erfolgt eine Korrektur auf den Taxpunktwert für alle Leistungserbringer. Die globale Verletzung der Fallkostenstabilisierung erfolgt über eine Korrektur des Taxpunktwertes.

3.2 Assessmentkommission

Aufgaben, Zusammensetzung.

3.3 Taxpunktwertanpassung

Korrektur ohne identifizierbare Verursacher.

3.4 Korrektur Tarifstruktur

Korrektur bezüglich bestimmter Leistungsgruppen bzw. Leistungserbringergruppen.

4. Monatsbericht

4.1 Basisinformation

4.2 Tabellen und Grafiken

4.3 Beispiel

- die Wirtschaft bzw. die Gesellschaft in letzter Konsequenz nicht unzumutbare Lasten aus der Tarifumstellung zu tragen haben.

Fallkostenstabilisierung soll Sicherheit bei der Anwendung des neuen Tarifs und den unternehmerischen Planungen der Kostenträger und Leistungserbringer in einem Übergangszeitraum bieten.

Fallkostenstabilisierung kann jedoch nicht bedeuten, dass es durch den Übergang von der alten zur neuen Tarifstruktur keine Veränderung sowie keine Begünstigten und Benachteiligten geben wird. Fallkostenstabilisierung darf mit anderen Worten die Tarifrevision resp. gewollte Tarifkorrekturen nicht unwirksam machen.

Fallkostenstabilisierung soll schliesslich auch die Chance bieten, strukturelle Anpassungen, die im Einklang mit den Zielen der Tarifrevision stehen, durchzuführen, da die Effekte des neuen Tarifs sich nicht vollumfänglich vor Einführung abschätzen lassen (Statistik der Häufigkeiten).

1. Grundlagen der Fallkostenstabilisierung

1.1 Zielsetzung

Der Terminus «Fallkostenstabilisierung» soll sinngemäss zum Ausdruck bringen, dass die Kosten für Leistungen der Arztpraxen und Spitäler nach Einführung des neuen Tarifs keine wesentliche Veränderung erfahren dürfen.

Die Sicherstellung von Fallkostenstabilität hat im einzelnen zum Ziel, dass

- die Kostenträger im Zuge der Tarifumstellung keine unzumutbaren Risiken in Form eines Kostenschubs tragen müssen;
- nicht alle oder eine Gruppe von Leistungserbringern in einer Übergangsphase unzumutbaren Risiken eines Umsatzrückgangs und im schlimmsten Fall der Illiquidität ausgesetzt werden;
- die Ausgaben der Versicherer nicht zu Prämien erhöhungen und/oder Qualitätseinbussen führen;

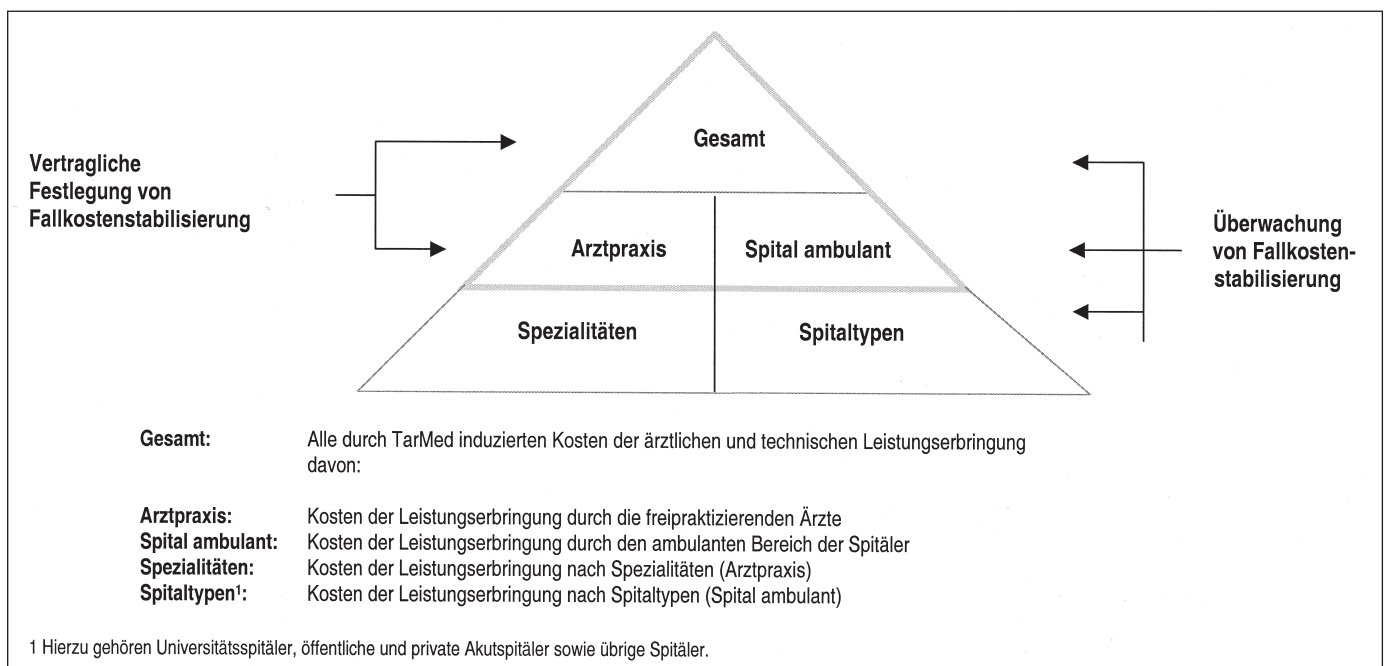
1.2 Gegenstand und Ebenen

Alle Leistungen, die durch die Tarifstruktur TarMed (Nomenklatur) geregelt werden, sind Gegenstand von Fallkostenstabilisierung.

Fallkostenstabilisierung wird somit ausschliesslich auf der Basis des TarMed relevanten Leistungsumfangs – bzw. durch die bei den Kostenträgern anfallenden und zur Zahlung freigegebenen Heilkosten – festgelegt. Einzig die von Versicherern beglichene Rechnungsbeträge können Gegenstand von Fall-

Abbildung 1

Ebenen von vertraglicher Fallkostenstabilisierung und deren Überwachung.



kostenstabilisierung sein, denn nur diese spiegeln letztlich die Nettogeldflüsse wider, welche ihrerseits die Grundlage für eine korrekte Vornahme der Prämienbemessung bilden. Nicht in die Überlegungen von Fallkostenstabilisierung gelangen infolgedessen zurückgewiesene und beanstandete Rechnungsbeträge.

Darüber hinaus sollen – obwohl nicht eigentlicher Gegenstand von Fallkostenstabilisierung – auch jene Kosten der Gesundheitsversorgung beobachtet werden, die durch andere Tarifwerke bestimmt werden, wie z. B. die Medikamentenversorgung, die Laborleistungen und die Physiotherapie. Durch diese ergänzende Beobachtung soll festgestellt werden können, ob Kosten in andere Tarifbereiche verlagert werden. Auch Kostenverlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich fliessen in die Betrachtung ein.

Zentrale Bezugsgrösse bei Fallkostenstabilisierung sind die durch das TarMed-Leistungsspektrum hervorgerufenen, mittleren Monatsfallkosten, womit die durchschnittlichen Fallkosten pro Monat gemeint sind (siehe Abschnitt 2.1).

Fallkostenstabilisierung lässt sich auf verschiedenen Ebenen für verschiedene Kostenblöcke festlegen und darstellen (Abb. 1). Relevant sind die erste und zweite Ebene und damit die Kostenblöcke für

- die gesamte mit TarMed geregelte Leistungserbringung durch die freipraktizierenden Ärzte sowie durch den ambulanten Bereich der Spitäler (= Gesamt),
- die Leistungserbringung durch die freipraktizierenden Ärzte (= Arztpraxis)¹,
- die Leistungserbringung durch den ambulanten Bereich der Spitäler (= Spital ambulant)¹.

Für diese Kostenblöcke ist Fallkostenstabilisierung mit Bezug auf die mittleren Monatsfallkosten jeweils getrennt und verbindlich festzulegen.

Darüber hinaus ist die Kostenentwicklung auf Ebene der Spezialitäten und Spitaltypen zusätzlich zu überwachen.

Folgende Konsequenzen ergeben sich:

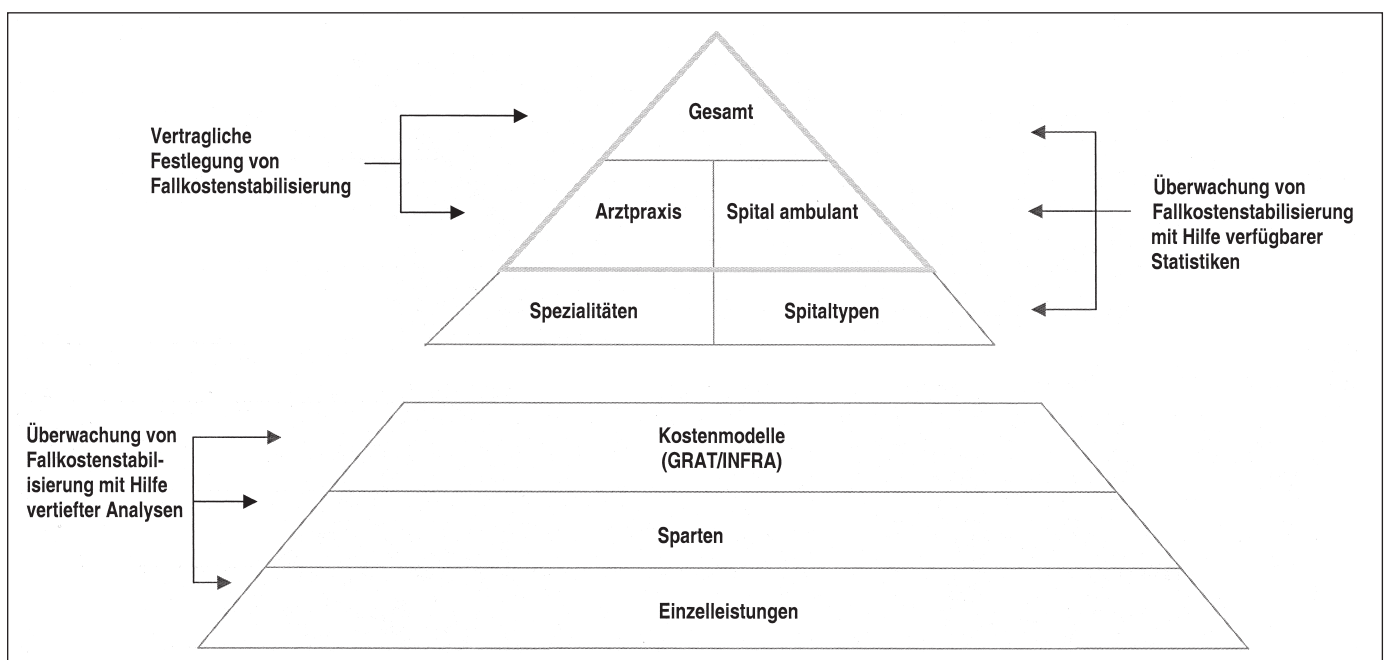
- Die Festlegung von Fallkostenstabilisierung auf den Ebenen Gesamt sowie Arztpraxis und Spital ambulant bedeutet, einen Handlungszwang anzuerkennen, d.h. eine Tarifanpassung bei einer Abweichung ist unverzüglich vorzunehmen.
- Die zusätzliche Überwachung der Kostenentwicklung auf Ebene der Spezialitäten und der Spitaltypen führt zu Handlungsspielraum, d.h. eine selektive Anpassung der Tarifstruktur kann im Einvernehmen der Vertragspartner vorgenommen werden.

Unterhalb der drei genannten Ebenen von Fallkostenstabilisierung ergeben sich drei weitere Ebenen (Kostenmodelle GRAT, Kostenmodelle INFRA-Sparten, Einzelleistungen), die sich allerdings mit den heute verfügbaren Statistiken nicht erfassen lassen und daher für ein routinemässiges, institutionalisiertes Monitoring noch nicht realisiert werden können (Abb. 2). Diese Ebenen werden erst bei einer Tarifanpassung über die Taxpunktzahl, d.h. bei einem Eingriff in die Tarifstruktur relevant und erfordern eine vertiefte Analyse des Tarifsystems (Abb. 2).

¹ Die Belegarztstätigkeit ist – je nach Abrechnungsmodus – in einem der beiden Kostenblöcke Arztpraxis oder Spital ambulant enthalten. Es wird angenommen, dass der Abrechnungsmodus keine bedeutenden Änderungen erfahren wird.

Abbildung 2

Ebenen von Fallkostenstabilisierung sowie statistische und analytische Tiefenstruktur.



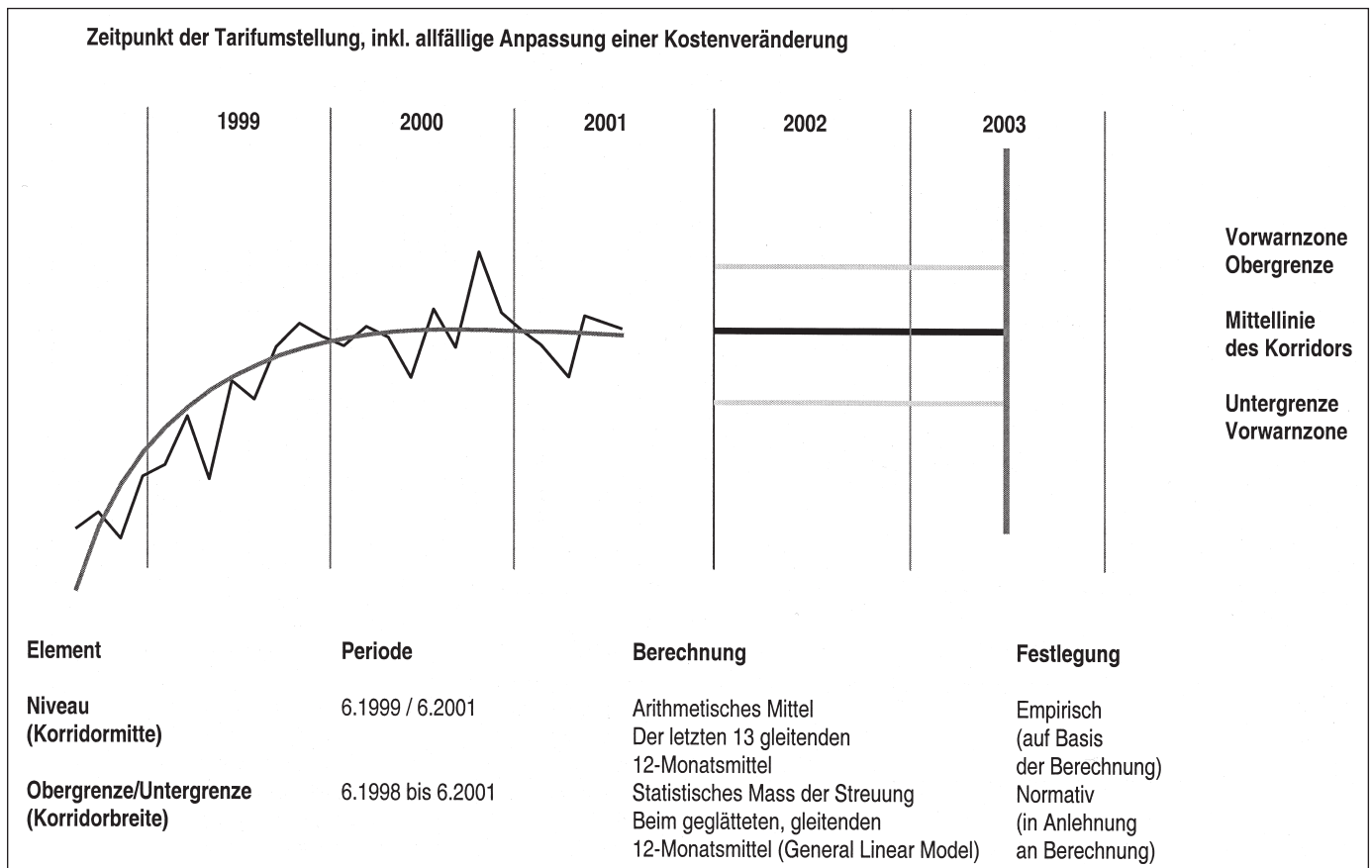
1.3 Grundprinzipien und Rahmenbedingungen

Die Grundprinzipien sowie die Rahmenbedingungen, innerhalb derer Fallkostenstabilisierung zu realisieren ist:

- Es sind die Bereiche der Unfall-, der Militär- und der Invalidenversicherung zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang:
 - wird ausgehend von den Daten der SUVA auf den Gesamtbereich der Unfallversicherung geschlossen,
 - werden die Daten der Militärversicherung separat erhoben, Schlussfolgerungen zu Fallkostenstabilisierung jedoch in einer gemeinsamen Betrachtung mit der Unfallversicherung vorgenommen,
 - werden der Bereich der Invalidenversicherung autonom behandelt; eine allfällige Tarifkorrektur jedoch in Abstimmung mit der Unfall- und der Militärversicherung vorgenommen.
- Weiter massgeblich für die drei Bereiche sind die von der FMH beigebrachten Daten.
- Gegenstand sind die mit TarMed im Vergleich zum bisherigen UV/MV/IV-Arztтарif in Rechnung gestellten und durch die Versicherer vergüteten Leistungen.
- Die mittleren Monatsfallkosten müssen innerhalb einer Bandbreite stabil bleiben (vgl. Abb. 3 sowie Punkt 2.2 Korridor).
- Die Dauer der Beobachtung beträgt ab dem Einführungszeitpunkt 18 Monate, d.h. 6 Monate Umstellungsphase auf TarMed bezüglich der Rechnungsstellung und 12 Monate effektive Fallkostenstabilisierungssteuerung.
- Eine notwendige Taxpunktwertanpassung erfolgt monatlich.
- Ausgangspunkt sind die mittleren Monatsfallkosten in den Jahren n-1 bis n-3 (n = 2002 als Referenzjahr zur Festlegung der Fallkostenstabilisierung).
- Die Interventionen können differenziert erfolgen. Wegleitend ist, gezielt die für Fallkostenstabilitätsverletzung verantwortlichen Leistungserbringer zu einem adäquaten Verhalten zu veranlassen und Tarifpositionen, die zur Tarifausschöpfung verleiten bzw. relevant kostentreibend sind, zu modifizieren oder allenfalls zu eliminieren.

Abbildung 3

Prinzipdarstellung des «fallkostenstabilen Korridors».



1.4 Koordination mit der Krankenversicherung

Die Gemeinsamkeiten der eidgenössischen Versicherungen mit der Krankenversicherung beschränken sich bei Fallkostenstabilisierung auf

- die Zielsetzung;
- die Erhaltung der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur.

Unterschiedlich – für jeden Versicherungszweig spezifisch – gehandhabt werden müssen

- die Vorgehensweise und die konkreten Anhaltspunkte bei der Korridorfestlegung (Bezugsjahre, Niveauhöhe, Bandbreite, u. a.);
- die unterjährigen Betrachtungszeiträume;
- die Taxpunktwertanpassung (Gegenstand, Höhe, Zeitpunkt).

2. Operationalisierung der Fallkostenstabilisierung

2.1 Mittlere Monatsfallkosten

Zentrale Bezugsgrösse bei der Überwachung und Sicherstellung von Fallkostenstabilisierung in bezug auf die relevanten Kostenblöcke (siehe Abschnitt 1.3) sind die mittleren Monatsfallkosten. Hierbei ist eine Bereinigung der Statistiken gemäss TarMed-Leistungsspektrum erforderlich, d. h. Medikamente, Physiotherapie u. a. sind aus den betrachteten Kosten auszuscheiden. Monatsfallkosten ergeben sich aus der Summe bezahlter Rechnungen während eines Kalendermonats in Zusammenhang mit einem Fall. Als Fall zählt eine Unfallnummer mit Heilkostenzahlungen. Dadurch sind bei Betrachtungsperioden von mehr als einem Monat Mehrfachnennungen möglich (Fall in mehreren Monaten aktiv).

Eine Erhöhung der Anzahl der Rechnungen seitens der Leistungserbringer (Verteilung auf mehrere Monate) kann theoretisch zu einer Erhöhung der monatlichen Fallzahl und damit zu tieferen mittleren Monatsfallkosten führen. Eine flankierende Überprüfung einer möglichen Rechnungs- und damit Fallzahlausweitung muss vorgenommen werden, indem die kumulierte Anzahl z. T. mehrfach gezählter Monatsfälle mit der Gesamtanzahl Fälle pro Jahr verglichen wird, um eine mögliche Veränderung der Rechnungsstellung festzustellen. Erfahrungsgemäss beträgt der Faktor «Rechnungen pro Behandlungsfall» ca. 1,4.

2.2 Fallkostenstabiler Korridor

Fallkostenstabilisierung kann als Zielprojektion in Form eines Korridors dargestellt werden (Abb. 3).

Der «fallkostenstabile Korridor» steckt Fallkostenstabilität in einer Bandbreite ab, die weder überschritten noch unterschritten werden darf. Ist dies der Fall, ist eine Anpassung des Tarifs erforderlich.

Mit dem «fallkostenstabilen Korridor» wird festgelegt:

- der Beobachtungszeitraum (beträgt ab Tarifeinführung 18 Monate);
- die Korridormitte (= Niveau per 1.7.2001);
- die Bandbreite (um die Korridormitte).

Mit der Bandbreite sollen die wirtschaftliche und sozialpolitische Verträglichkeit berücksichtigt sowie unvermeidliche statistische Unschärfen pauschal inkalkuliert werden.

Als Basisjahre für die Berechnung der Korridormitte dient die Periode Juni 1999 bis Juni 2001. Zur Berechnung der Bandbreite wird der Zeitraum von Juni 1998 bis Juni 2001 herangezogen.²

Die Korridormitte wird durch das gewichtete Mittel der Fallkosten aus den letzten 13 Zeitreihenwerten der gleitenden 12-Monatsmittel bestimmt, wobei dem letzten Datenwert (Januar bis Dezember 2000) das Gewicht 13 und dem ersten 12-Monatsmittel (Januar bis Dezember 1999) der Wert 1 zugeordnet wird.

2.3 Abweichung von Fallkostenstabilität

2.3.1 Grundsatz

Fallkostenstabilisierung kann grundsätzlich durch Entwicklung der Kosten über oder unter des definierten Korridors verletzt werden. Primär wird die Kostenentwicklung gesamt (alle Leistungserbringer) sowie getrennt nach Arztpraxis (inkl. Spitalärzte, die unter eigener ZSR/EAN abrechnen) und Spital ambulant beobachtet. Bei Verletzung der Fallkostenstabilisierung wird eine Korrektur des TPW vorgenommen.

Für eine eingehendere Beurteilung sollen folgende drei Situationen mit einbezogen werden:

- Fallkostenstabilitätsverletzung ohne identifizierbare Leistungserbringergruppe oder ohne ursächlich lokalisierbare Leistung oder Leistungsgruppe;
- Fallkostenstabilitätsverletzung durch Verhalten einer Leistungserbringergruppe;
- Fallkostenstabilitätsverletzung auf einer Leistung oder Leistungsgruppe ohne erkennbar auslösende Leistungserbringergruppe.

² Der Modellansatz lautet: $KN = c + a \cdot t + b \cdot t^{1/2}$.

t steht für Zeit bzw. für den Zeitreihenzähler. Mit dem Wurzelterm wird der abflachenden Tendenz der Kostenblöcke Gesamt, Arztpraxis und Spital ambulant Rechnung getragen.

Während die Korridormitte das Ergebnis einer Berechnung ist, wird die Bandbreite als statistisches Mass festzulegen sein. Es gilt das statistische Mass von 2σ (Standardabweichung) der Residuen aus dem parametrisierten Ansatz eines General Linear Model, nach der Methode der Minimierung quadrierter Abweichungen dienen.

Vom ersten bis zum 12. Berichtsmont wird die Toleranzbreite linear von b(1) nach b(12) heruntergefahren. Mit dem skizzierten Verfahren soll gewährleistet werden, dass während des Einschwingvorganges kein unnötiger Steuerungsbedarf entsteht.

Breite des Toleranzbandes im 1. Berichtsmont:

b(1) = b x 1,2 (10% höher und 10% tiefer)

Breite des Toleranzbandes im 12. Berichtsmont:

b(12) = b(13) = b

Mit diesem Modellansatz werden singuläre Extremwerte in ihrer Wirkung geglättet. Damit wird verhindert, dass Korrekturen auf Ausreisserwerte basieren resp. zu früh vorgenommen werden.

2.3.2 Taxpunktwertkorrektur

Eine Abweichung von Fallkostenstabilisierung resultiert aus der effektiven Kostenentwicklung auf Basis des neuen TarMed-Tarifs im Vergleich zur Korridor-mitte, die auf der Grundlage der Kostenentwicklung nach altem Tarif gebildet wurde. Mit einer Abweichung wird der effektive Abstand zur Korridor-mitte zum Zeitpunkt t zum Ausdruck gebracht. Das heisst jedoch nicht, dass ein Bedarf an Tarifierpassung bereits aus dieser einen Abweichung resultieren muss. Bedarf an Tarifierpassung besteht jedoch bei einer Abweichung über oder unter der Bandbreitengrenzen.

Folgendes Vorgehen wird bei der Darstellung und Beurteilung von Abweichungen sowie bei Schlussfolgerungen zu Taxpunktwertanpassungen festgelegt:

- Die Methode des gleitenden 12-Monatsmittels wird angewandt.
- Eine direkte Ableitung des Ausmasses der vorzunehmenden Tarifierpassung erfolgt nicht auf Basis des gleitenden 12-Monatsmittels, sondern auf Basis des effektiven monatlichen Fallkostenwertes.
- Diese Abweichung gibt das Ausmass der Taxpunktwertanpassung in Form eines Korrekturfaktors an. (Auf eine Kompensation vergangener, effektiver Abweichungen wird verzichtet, da davon ausgegangen wird, dass sich Über- und Unterschreitungen im Zeitverlauf ausgleichen.)

2.3.3 Korrekturalgorithmus

Nach der Einführung wird monatlich die Kostenentwicklung verfolgt und in Monatsberichten (siehe Anhang I) dokumentiert. Wird im Monat X eine Verletzung der Fallkostenstabilisierung festgestellt, so wird die notwendige Taxpunktwertanpassung grundsätzlich gemeinsam und zeitgleich für die Bereiche UV/MV/IV im Monat X + 3 in Aussicht genommen. Die berechneten Taxpunktwerte werden dabei auf Rappen genau gerundet.

3. Taxpunktwert-, Tarifstrukturanpassung

3.1 Grundsätze

Die festgestellten Fallkostenstabilitätsverletzungen werden nicht automatisch korrigiert.

3.2 Assessmentkommission (AK)

3.2.1 Aufgabe

Die AK beurteilt die Resultate gemäss Monatsbericht und beschliesst zu Handen der Vertragspartner die notwendigen Korrekturen.

3.2.2 Zusammensetzung

Die AK setzt sich aus je 3 Vertretern der FMH und der MTK/MV/IV zusammen. Sie koordiniert sich und tagt wenn möglich gemeinsam mit den Vertretern der AK, H+/MTK/MV/IV.

Sie tagt monatlich mindestens einmal.

3.3 Taxpunktwertkorrekturen

Aus der monatlichen Analyse der Daten ergibt sich ein globaler, nicht auf eine bestimmte Leistungsgruppe oder Leistungserbringerguppe zurückzuführender Anpassungsbedarf. Die Korrektur wird über den einheitlichen Taxpunktwert vorgenommen.

3.4 Korrektur der Tarifstruktur

Die monatliche Analyse der Daten weist darauf hin, dass die Veränderung der Fallkosten auf eine bestimmte Gruppe von Leistungen oder Leistungserbringer zurückzuführen ist.

Die notwendige Korrektur wird über ein Absenken resp. Anheben der Taxpunktzahl der betroffenen Gruppe vorgenommen.

Die daraus resultierende Veränderung der relativen Bewertung der betroffenen Leistungen wird mittels eines Indexes dokumentiert.

3.5 Erhaltung der Korrekturmassnahmen

Notwendige Korrekturen des Taxpunktwertes resp. von Teilen der Tarifstruktur werden durch die Vertragspartner monatlich erwahrt. Bei Nichterwahren durch eine Vertragspartei bleibt die Kündigung gemäss Vertrag vom ... Art. 18, Abs. 4 vorbehalten.

4. Monatsbericht

Monatlich stellen sich die Vertragsparteien gegenseitig einen standardisierten Fallkostenstabilitätsbericht zur Verfügung. Bereits vor Tarifierfassung kann mit dem Berichtswesen begonnen werden, um mit den Ausführungen vertraut zu werden.

Die Monatsberichte der ZMT bestehen aus Basisinformationen, tabellarischen und grafischen Darstellungen der Kosten, der Kernaussage basierend auf dem Monat und der Induktionsanalyse gemäss Konzept. Falls die Resultate zusätzliche Analysen auf Ebene 3 bedingen, basieren diese auf der 100%-HK-Statistik oder Strukturstatistik.

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit sind im Hauptteil die Angaben bezüglich der Situierung zum fallkostenstabilen Niveau relativ skaliert, wobei mit «0» (Null) das fallkostenstabile Niveau gemeint ist, mit «-1» die Untergrenze des fallkostenstabilen Korridors (KN-Niveau minus 2σ der Residualwerte zur idealisierten Kurve) und mit «+1» die Obergrenze des fallkostenstabilen Korridors (KN-Niveau plus 2σ).

Die Vertragspartner legen sämtliche Daten gegenseitig offen.

4.1 Basisinformation

- Angabe der prozentualen Kostenvolumina, Anzahl Fälle pro Kanton, Anzahl Ärzte und Spitäler, evtl. nach Facharztrichtung.
- Allgemeine Erklärungen/Erläuterungen/Begriffsdefinitionen.
- Erläuterungen zu Konstellationstypen und -gruppen.
- Berichtsnummer, z.B. Nr. 1/04.2002.

- Pro Kostenblock: Deklaration des fallkostenstabilen Niveaus und des fallkostenstabilen Korridors.
- Historie: Liste der Monate mit Verletzung der Fallkostenstabilisierung unter Angabe des Typus der Korrekturen und des Datums der Inkrafttretung.

4.2 Tabellen und Graphiken

Tabellarische Aufstellung des Trippels Anzahl Fälle, Heilkosten und Kosten pro Fall für die letzten 12 Monate, sowie der gleitenden 12-Monatswerte je Kostenblock (gesamt, Arztpraxis und Spital ambulant). Die Zusammenstellung der Absolutwerte wird in den Anhang gestellt.

Graphische Darstellung (Zeitreihe) pro Kostenblock der gleitenden 12-Monatsmittel der Fallkosten mit Einblendung des fallkostenstabilen Niveaus und des fallkostenstabilen Korridors. Verwendung einer relativen Skalierung. Deutliche Hervorhebung, falls aktueller Berichtsmonat ausserhalb des fallkostenstabilen Korridors zu liegen kommt und Visualisierung der mittels Korrekturfaktoren bereinigten Datenwerte.

4.3 Beispiel

Angenommen, der Monatsbericht X dokumentiere eine Verletzung der Fallkostenstabilisierung. Dann wird in den Berichten ab Monat X der für die Taxpunktwertänderung berechnete Korrekturfaktor k in der Statistik der gleitenden 12-Monatsmittel der Fallkosten adaptiert und speziell markiert, um keine ungerechtfertigten, repetitiven Massnahmen zu evozieren. Grund dafür ist die zeitliche Verzögerung zwischen dem Erkennen einer notwendigen TPW-Anpassung und der Inkraftsetzung. Dabei wird k wie folgt gewichtet:

Für die Monate bis zur Inkraftsetzung der TPW-Anpassung (Monate X, X + 1 und X + 2) wird k mit dem Gewicht 1 versehen. Für die beiden darauf folgenden Monate wird der Korrekturfaktor nichtlinear degressiv reduziert auf das Gewicht 0,8 für X + 3 und 0,2 für X + 4. Ab Monat X + 5 werden die Monatswerte nicht mehr korrigiert (Gewicht 0). Diese Ge-

wichte basieren auf der Annahme, dass vor der Inkrafttretung alle Rechnungen mit dem bisherigen TPW gestellt werden; im ersten Monat nach der Taxpunktwertänderung (X + 3) noch ca. 80% der Rechnungen mit dem alten TPW zu erwarten sind, im Monat X + 4 noch deren 20% und erst im Monat X + 5 alle Rechnungen den neuen TPW verwenden. Daraus folgt, dass sich eine Taxpunktwertkorrektur rechnerisch bis zum Monatsbericht X + 15 auswirkt, da er das gleitende Monatsmittel der Monate X + 4, ... , X + 15 umfasst.

Überlagern sich mehrere Korrekturen zeitlich, so werden diese unabhängig voneinander behandelt. Die Korrekturfaktoren sowie ihre Gewichte mehrerer Korrekturen multiplizieren sich demnach.

5. Inkrafttreten / Kündigung

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Das Kündigungsverfahren richtet sich nach Artikel 18 des Tarifvertrages vom ...

Luzern / Bern, ...

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

Der Präsident: Hans-Heinrich Brunner
Der Generalsekretär: F.-X. Deschenaux

Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)

Der Präsident: Willi Morger

Bundesamt für Sozialversicherung

Abteilung Invalidenversicherung
Die Vizedirektorin: Beatrice Breitenmoser

Bundesamt für Militärversicherung

Der Vizedirektor: K. Stampfli