



POST CH AG

CH-3003 Bern BAG; LEC

An die Adressaten gemäss untenstehender Liste  
(per E-Mail)

Die Antworten, Kommentare und Stellungnahmen von santésuisse und H+ sind nachfolgend in blauer Schrift jeweils beim entsprechenden Absatz zu finden.

Die Notiz der Besprechung mit dem BAG ist in grüner Schrift zu finden.

Aktenzeichen: 735.2-73  
Bern, 8. Juli 2022

## **Eingabe der neuen Patientenpauschaltarifstruktur im ambulanten Bereich / Gesuch um Eröffnung eines Prüfverfahrens**

Sehr geehrte Frau Nold  
Sehr geehrte Frau Bütikofer

Wir beziehen uns auf Ihr Gesuch vom 23. Dezember 2021, in welchem Sie um Eröffnung eines Prüfverfahrens zu einer neuen Patientenpauschaltarifstruktur im ambulanten Bereich ersuchen. In Ihrem Gesuch nehmen Sie Bezug auf die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vom 18. Juni 2021, mit welcher eine vom Bundesrat genehmigte oder festgelegte ambulante Pauschaltarifstruktur eine Allgemeinverbindlichkeit erlangt. Das eingereichte Gesuch soll unter Berücksichtigung dieser KVG-Änderung beurteilt werden. Mit Ihrer Eingabe äussern Sie die Bestrebung, ein im Rahmen der neuen Gesetzgebung entwickeltes ambulantes Pauschaltsystem «möglichst rasch» resp. konkret per 1. Januar 2024, verwirklichen zu wollen. Sie nehmen ebenfalls Bezug auf Ihre Eingabe von ambulanten Leistungspauschalen vom 30. März 2020 (mit santésuisse und FMCH als Tarifpartner) und verweisen auf die in diesem Zusammenhang zugestellte Rückmeldung des BAG vom 15. September 2021.

Um die konkreten Anforderungen an einen später einzureichenden Tarifvertrag klären zu können, ersuchen Sie den Bundesrat (resp. das BAG als zuständiges Fachamt) um Vorprüfung dieses Gesuchs in «Projektreife». Sie erwarten sich dadurch eine Vereinfachung und Beschleunigung des Genehmigungsverfahrens.

Vorab danken wir Ihnen für Ihr Engagement in der Entwicklung von ambulanten Pauschalen. Der Bundesrat hat bekanntlich in seinem Schreiben vom 3. Juni 2022 an die Tarifpartner betreffend Entscheid zum Antrag TARDOC von FMH und curafutura auch die ambulanten Pauschalen erwähnt. Gemäss diesem Schreiben erwartet der Bundesrat, dass die ambulanten ärztlichen Pauschalen einen Teil des Einzelleistungstarifs ersetzen sollen, im Rahmen der neu zu gründenden Tariforganisation zu entwickeln

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Sekretariat  
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern  
Postadresse: 3003 Bern  
Tel. +41 58 462 37 23, Fax +41 58 462 90 20  
tarife-grundlagen@bag.admin.ch  
<https://www.bag.admin.ch>



und dann dem Bundesrat einzureichen sind. Weiter hat der Bundesrat die Dauer der dynamischen Kostenneutralität mit der Genehmigung der ambulanten Pauschalen verknüpft. Das Vorantreiben der Arbeiten ist somit zu begrüssen.

Im vorliegenden Schreiben geben wir entsprechend dem aktuellen Stand und der uns zur Verfügung gestellten Unterlagen eine erste Rückmeldung zu Ihrer Anfrage.

## I. Ausgangslage

1. Mit E-Mail vom 23. Dezember 2021 haben Sie dem Bundesrat elektronisch ein Gesuch um Eröffnung eines Prüfverfahrens in Zusammenhang mit einer Patientenpauschaltarifstruktur im ambulanten Bereich eingereicht. Dieses Gesuch wurde in der Folge vom Bundesrat an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als zuständiges Fachamt zur Bearbeitung weitergeleitet.
2. Im Rahmen dieses Gesuchs haben Sie folgende Unterlagen eingereicht:
  - Schreiben an den Bundesrat
  - Als Anhang 1 benannter *Tarifstrukturvertrag zur Vergütung pauschalierter Leistungen im ambulanten Bereich*, abgeschlossen zwischen H+ und santésuisse, gültig ab dem 1. Januar 2024
  - Anhang 2: Katalog ambulante Pauschalen
  - Anhang 3: Regeln und Definitionen
  - Beilage 1: Entwicklungsbericht v0.1
    - Anhang 1: Triggerpositionen
    - Anhang 2: Abgrenzung Pauschalen ELT
    - Anhang 3: Mapping
    - Anhang 4: Datenerhebungsdokument
    - Anhang 5: Muster Datenerhebungsvertrag
  - Beilage 2: Anwendungsbericht v0.1
  - Beilage 3: Kostenfolgeschätzung v0.1

Für Anfang Januar 2022 in Aussicht gestellt wurde zudem die Zustellung eines Systemgrouper sowie eines Kalkulationsdatensatzes zum eingereichten Fallpauschalenkatalog.

3. Mit Schreiben vom 20. Januar 2022 haben wir Ihnen den Erhalt der Unterlagen bestätigt und mitgeteilt, dass das Gesuch nach Erhalt der zugesagten Unterlagen gesichtet und Sie über das weitere Vorgehen informiert werden.
4. Mit Schreiben vom 12. April 2022 haben Sie uns die Zustellung der Kostendaten (Kalkulationsdatensätze) angekündigt, die per SEPP-Mail-Server abrufbar seien. Für den Download müsse vorgängig ein Mailaustausch zwischen dem BAG und H+ stattfinden.
5. Nach entsprechendem Mail-Austausch am 26. April 2022 ist der Download der Berechnungsgrundlagen gleichentags durch das BAG vollzogen worden. Ein Systemgrouper wurde bisher nicht zugestellt.

Der Simulationsgrouper zur Version 0.2 wurde am 24. März 2022 auf der Website von solutions tarifaires suisses aufgeschaltet. Das BAG wurde darüber mit Schreiben vom 11. April 2022 informiert.  
Besprechungsnotiz: Für Folgeversionen wird ein Definitionshandbuch und ein Einzelfallgrouper geprüft.

## II. Ihr Gesuch für ein rollendes Prüfverfahren

In Ihrem Schreiben an den Bundesrat äussern Sie die Absicht, mit Inkrafttreten von Artikel 43 Absatz 5ff nKVG (voraussichtlich per 1.1.2023) ein Pauschaltarifsystem im Rahmen der KVG-Anpassung verwirklichen zu wollen. Dafür planen Sie per Ende 2022 dem Bundesrat nach Artikel 43 Absatz 5 nKVG

i.V. mit Artikel 46 Absatz 4 KVG ein definitives Genehmigungsgesuch einzureichen. Vor diesem definitiven Antrag reichten Sie nun das vorliegende Gesuch ein, um im Rahmen eines Vorprojektes und in Absprache mit dem BAG die Grundlagen für ein genehmigungsfähiges Pauschalsystem zu schaffen.

Bei Ihrem Gesuch handelt es sich folglich nicht um ein Genehmigungsgesuch nach Artikel 46 Absatz 4 KVG. Im Sinne einer nicht-präjudiziellen Vorprüfung sind wir jedoch gerne bereit, auf Ihr Anliegen einzugehen und einen Beitrag zu leisten, damit Ihre Arbeiten voranschreiten und der Bundesrat möglichst zeitnah diese ambulanten ärztlichen Pauschalen genehmigen kann.

Besten Dank für Ihre Bereitschaft dieses wichtige Projekt zu unterstützen!

### III. Tarfrechtliches und gesetzliche Anforderungen nach Artikel 43 Absatz 5ff nKVG

Nach Artikel 43 Absatz 4 KVG werden Tarife und Preise in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifpartner) vereinbart. Der Tarif bildet die Grundlage für die Berechnung der Vergütung, er kann nach Artikel 43 Absatz 2 KVG namentlich auf einen Zeittarif, Einzelleistungstarif oder einen Pauschaltarif abstellen.

Mit KVG-Änderung vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1a, [AS](#) 2021 837) müssen voraussichtlich ab dem 1. Januar 2023 neben den Einzelleistungstarifen auch auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife je auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen (Art. 43 Abs. 3 nKVG). Nach Artikel 43 Absatz 5<sup>quater</sup> nKVG muss zudem eine vom Bundesrat genehmigte oder festgelegte Tarifstruktur für auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife von allen Leistungserbringern für die entsprechenden Behandlungen angewandt werden<sup>1</sup>.

Das KVG sieht in Artikel 46 Absatz 4 vor, dass bei Tarifverträgen, die in der ganzen Schweiz gelten sollen, der Bundesrat für die Genehmigung zuständig ist. Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Im Sinne der Gesetzmässigkeit prüft der Bundesrat insbesondere, ob der Vertrag mit anerkannten Leistungserbringern abgeschlossen wurde, Pflichtleistungen nach KVG umfasst und die Tarifgrundsätze nach den Artikeln 43 KVG und 59c Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) berücksichtigt. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit wird durch verschiedene Vorgaben konkretisiert; insbesondere hat nach Artikel 43 Absatz 6 KVG die Tarifierung dazu beizutragen, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen. Das Gebot der Billigkeit umfasst unter anderem die wirtschaftliche Tragbarkeit eines Tarifs, insbesondere aus der Perspektive des Gesamtsystems der sozialen Krankenversicherung.

Das Gesetz fordert eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife und Preise (Art. 43 Abs. 4 KVG). Auf Verordnungsstufe ist festgehalten, dass der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistungen und höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken darf (Art. 59c Abs. 1 Bst. a und b KVV). Damit geprüft werden kann, ob der Tarifvertrag mit diesen Bestimmungen und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht, sollen die vereinbarten Tarife aufgrund von Datengrundlagen und Berechnungen nachvollziehbar und überprüfbar sein. Daher ist dem Genehmigungsantrag eine umfassende Dokumentation beizulegen (Erläuterungen zu den getroffenen Vereinbarungen, Berechnungsgrundlagen und Berechnungsmethode der Pauschalen/Tarife) sowie eine Abschätzung der Kostenentwicklung vorzunehmen.

### IV. Formelles

#### 1. Vertragsparteien, Geltungsbereich und zuständige Genehmigungsbehörde

Die Vereinbarung<sup>2</sup> zum vorliegenden Projekt i.S. Pauschaltarifstruktursystem wurde unterzeichnet zwischen H+ und santésuisse. Eingereicht wurde ein Tarifstrukturvertrag mit zwei Anhängen (Anhang

<sup>1</sup> Die Gesuchsteller zum Vorhaben beziehen sich in ihrem Gesuch explizit auf das vom 18. Juni 2021 revidierte KVG.

<sup>2</sup> Diese Vereinbarung im dargelegten Kontext des Gesuchs ordnen wir als Vertragsentwurf ein.

A; Fallpauschalenkatalog und Anhang B Definition der Anwendungsregeln (Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter dem ambulanten Pauschalensystem). Die Anhänge werden als integrierende Vertragsbestandteile bezeichnet. In Zusammenhang mit dem Vertrag bitten wir Sie um eine Stellungnahme zu den folgenden Punkten:

- Vertragsparteien: Sie erwähnen, dass mit der Einreichung eines definitiven Antrages auch die FMCH als Vertragspartner vorgesehen ist, es erfolgt keine Ausführung, wie und ob eine Einbindung der anderen Tarifpartner (v.a. FMH und curafutura) für die Erarbeitung dieses Projekts stattgefunden hat oder ob eine solche geplant ist. Das Erfordernis einer Einheitlichkeit impliziert ja, dass die Tarifstruktur von einer breiten Allianz der Tarifpartner getragen wird (siehe auch Ziff. 4), aktuell wird der Antrag nur von einem Teil der Tarifpartner eingereicht.

Mittlerweile besteht unter den Tarifpartnern Einigkeit, dass gemäss dem Willen des Bundesrates (Schreiben vom 3. Juni 2022) per Ende 2023 ein Gesamtsystem bestehend aus ambulanten Pauschalen, TARDOC und einem übergeordneten Regelwerk (nachfolgend Gesamtsystem) zur Genehmigung beantragt werden soll. **Besprechungsnotiz: Der Antrag auf Genehmigung des Gesamtsystems soll unter dem Dach der OAAT-OTMA AG erarbeitet werden.**

- Inhalt: In den Vertragsbestimmungen fehlt eine Regelung zur Tarifpflege, im Sinne von Artikel 59c KVV ist die Tarifpflege ein Element eines Tarifvertrages. Für einen Tarifvertrag nach Artikel 46 Absatz 4 KVG müsste die Regelung zur Tarifpflege ergänzt werden.

Unsere Überlegungen haben wir im Anwendungsbericht (Beilage 2) im Kapitel 2, Tarifpflege und Weiterentwicklung erläutert. Eine Regelung zur Tarifpflege des Gesamtsystems unter dem Dach der nationalen Tariforganisation OAAT-OTMA AG wird sich an den bewährten Regelungen der SwissDRG AG orientieren. Basierend auf jährlichen Lieferungen von Leistungs- und Kostendaten und einem transparenten Antragsverfahren soll das Gesamtsystem jährlich aktualisiert werden. **Besprechungsnotiz: Die Regelung der Tarifpflege soll verbindlich im Tarifstrukturvertrag vereinbart werden.**

2. Einbezug der Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten

Zu berücksichtigen ist, dass nach Artikel 43 Absatz 4 KVG die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, vor dem Abschluss eines Tarifvertrages anzuhören sind. Die entsprechenden Stellungnahmen sind der zuständigen Genehmigungsbehörde einzureichen.

Besten Dank für den Hinweis. Dies wird beim Genehmigungsantrag des Gesamtsystems entsprechend berücksichtigt.

3. Erforderliche Unterlagen

Das Gesuch ist am 23. Dezember 2021 eingetroffen, die Berechnungsgrundlagen aber erst nach entsprechender Korrespondenz am 12. resp. 26. April 2022 (angekündigt war per Januar 2022). Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine materielle Beurteilung des Gesuchs erst nach Erhalt aller relevanten Unterlagen (v.a. die Berechnungsunterlagen und Erläuterungen zu den Tarifen) durchgeführt werden kann.

Besten Dank für den Hinweis. Dies wird beim Genehmigungsantrag des Gesamtsystems entsprechend berücksichtigt.

4. Zwischenfazit formeller Teil

Das Gesuch wurde nur von einem Teil der Tarifpartner eingereicht, dies gilt sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch der Versicherer. Mit der bereits erwähnten KVG-Änderung vom 18. Juni 2021 (noch nicht in Kraft) müssen auch auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarifstrukturen auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Struktur basieren, analog der bestehenden gesetzlichen Regelung bei den Einzelleistungstarifen. Das Erfordernis der Einheitlichkeit setzt eine hohe Repräsentativität der Tarifpartner voraus resp. die Vereinbarung sollte von den massgeblichen Tarifpartnern

getragen werden, welche die Versicherer und Leistungserbringer schweizweit repräsentieren. Nur eine grosse Repräsentativität der Tarifpartner bei Tarifverträgen kann sicherstellen, dass die einheitliche Anwendung der Struktur gewährleistet ist und dabei die Interessen sämtlicher massgeblichen Parteien berücksichtigt sind. Wir verweisen an dieser Stelle auch auf den Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 11.4018.

Der Bundesrat hat im Rahmen der laufenden Revisionsarbeiten am ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarif den Tarifpartnern mehrmals mitgeteilt, dass ein revidierter Tarif für die ambulanten ärztlichen Leistungen von einer möglichst breiten Allianz getragen werden muss. Wir verweisen hierzu ebenfalls auf die Schreiben des Bundesrates an die Tarifpartner vom 30. Juni 2021 und 3. Juni 2022. Vor diesem Hintergrund müsste aufgezeigt werden, welche Massnahmen seitens der Gesuchsteller getroffen werden, damit der definitive Antrag von einer breiteren Allianz getragen wird.

santésuisse und H+ setzen sich dafür ein, dass dies für den Genehmigungsantrag des Gesamtsystems erfüllt werden kann. Die Tarifpartner planen derzeit die Arbeiten im Zusammenhang mit der neuen nationalen Tariforganisation. Aktuell wird davon ausgegangen, dass im Verlauf des nächsten Jahres die Arbeiten an den beiden Tarifwerken unter dem Dach der neuen nationalen Tariforganisation (OAT-OTMA AG) geleistet werden und dadurch die geforderte Repräsentativität sichergestellt ist.

## V. Materielles

Im Rahmen der materiellen Prüfung ergeben sich für uns zum jetzigen Zeitpunkt folgende Erkenntnisse:

1. Datengrundlage – insbesondere fehlender Einbezug von Daten der Fachärzte und Fachärztinnen mit eigener Praxis

### Grosses Datenpotenzial im ambulanten Bereich:

- Jährlich mehr als 12 Mio. Patientenkontakte im spitalambulanten Bereich. Davon können mehr als die Hälfte für die Weiterentwicklung der ambulanten Pauschalen verwendet werden.
- Während die Anzahl Patientenkontakte in der freien Praxis und in ambulante Einrichtungen deutlich höher als im spitalambulanten Bereich liegt, ist der Anteil Patientenkontakte im Anwendungsbereich der ambulanten Pauschalen tiefer als im spitalambulanten Bereich.

Bei Leistungen, die nicht ausschliesslich, aber mehrheitlich im Spital erbracht werden, spricht man von der Tarifführerschaft Spital. Im TARMED/TARDOC werden diese Leistungen, die auch im Katalog ambulante Pauschalen abgebildet sind, mittels eines reinen Spital-Kostenmodells (INFRA) tarifiert. Dieses Vorgehen wurde bislang im Rahmen von Genehmigungsverfahren nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Wir gehen deshalb davon aus, dass Leistungen mit Tarifführerschaft Spital weiterhin mit Daten aus dem spitalambulanten Bereich bewertet werden können, wobei Daten aus der freien Praxis und aus ambulanten Einrichtungen ohne grosse Mehraufwände einbezogen werden können (s. untenstehend).

### Besprechungsnotiz:

- Hierbei handelt es sich um ein wichtiges Anliegen vom BAG, wobei dem BAG bewusst ist, dass in der freien Praxis und in ambulanten Einrichtungen die notwendigen Daten heute noch nicht existieren.
- Die freie Praxis / ambulante Einrichtung sind heute nicht gezwungen eine Kostenträgerrechnung zu führen. H+ würde grundsätzlich Hand bieten REKOLE für die freie Praxis zur Verfügung zu stellen und die FMH in diesem Bereich zu unterstützen.
- In den Spitaldaten sind auch z.B. auch separate OP-Zentren enthalten. Wünschenswert ist hierzu mehr Transparenz zu haben.
- Die Wirtschaftlichkeit wird aus Sicht santésuisse und H+ primär in den Tarifverhandlungen sichergestellt. Zudem entschärfen Relativgewichte die Fragestellung.
- Wichtig ist in diesem Bereich, die Perspektive und das Potenzial für die Weiterentwicklung aufzeigen zu können.
- Das Datenpotenzial können wir für den spitalambulanten Bereich aufzeigen und werden es auch für die freie Praxis und ambulante Einrichtung prüfen.
- Die Repräsentativität ist ein wichtiges Kriterium in der Genehmigung, insbesondere betreffend Kostenstruktur und regionaler Abdeckung. Für eine Einführungsversion ist die Transparenz im Vergleich zur Grundgesamtheit und über die einzelnen Datenlieferanten wichtig.

Die Systementwicklung des eingereichten Fallpauschalenkatalogs basiert gemäss den Unterlagen auf Abrechnungsdaten aus dem Kalenderjahr 2019 von 27 Spitälern, ohne Einbezug von Daten der niedergelassenen Fachärzte und Fachärztinnen. Am 28. April 2022 haben Sie uns die Berechnungsgrundlagen

zugewandt. Daraus ergeben sich aktuell folgende Einschätzungen:

- Die Daten der Fachärzte und Fachärztinnen mit eigener Praxis fehlen gänzlich, damit fehlt die Repräsentativität der Daten in Bezug auf die Grundgesamtheit.

Das System der ambulanten Pauschalen basiert auf fallbezogenen Leistungs- und Kostendaten und kann somit auch entsprechende Daten aus der freien Praxis oder von ambulanten Einrichtungen verarbeiten. Mit der gesetzlich verankerten Datenlieferungspflicht besteht hier ein grosses Datenpotenzial, welches erschlossen werden kann (s. oben). Zu beachten gilt jedoch, dass in der freien Praxis und in den ambulanten Einrichtungen zuerst die fallbezogene Kostenrechnung etabliert werden muss.

- Auch die Repräsentativität der Spitalambulatorien ist vermutlich nicht gegeben, da nur 27 Spitäler einbezogen worden sind. Es scheinen auch keine OP-Zentren, die i.d.R. eine günstigere Kostenstruktur aufweisen, als Datengrundlage einbezogen worden zu sein.

Aktuell beruht die Datenlieferung auf einer freiwilligen Basis. Es ist sehr erfreulich, dass so viele Spitäler den Mehraufwand auf sich genommen haben und ihre Daten aufbereitet und zur Verfügung gestellt haben. Mit einem klaren Bekenntnis von den Tarifpartnern und den Behörden zu diesem System der ambulanten Pauschalen könnten wohl auch auf freiwilliger Basis noch mehr Spitäler dafür gewonnen werden. Ab Einführung der neuen gesetzlichen Verpflichtung zur Datenlieferung steht bereits mittelfristig eine sehr grosse Datenbasis zur Pflege des Systems zur Verfügung. Die Spitäler haben in den letzten Jahren in die ambulanten Prozesse (u.a. ambulantes Operieren) investiert und diese optimiert. Dies ist in den aktuellen Datenlieferungen bereits enthalten und wird sich zukünftig noch verbessern.

- Pro Pauschale wurden teilweise nur sehr wenig Datensätze verwendet, was die Repräsentativität der Preisberechnung ebenfalls in Frage stellt.

Für die Version 0.3 konnte die Datenbasis mit Daten aus den Jahren 2020 und 2021 vergrössert werden.

- Es sind keine Erläuterungen zur Datengrundlage vorhanden, die eine vertiefte statistische Analyse der Daten erlauben würden.

Dies werden wir für Folgeversionen gerne entsprechend aufbereiten

- Es ist weiter nicht klar, ob für die Berechnung der Pauschalen ausschliesslich Abrechnungsdaten verwendet wurden oder inwiefern die Herleitung der Tarife auf Kostenträgerrechnungen beruht. Wir weisen darauf hin, dass Abrechnungsdaten alleine nicht genügen, es ist grundsätzlich eine kostenbasierte Berechnung der Tarife erforderlich.

Bei den Datengrundlagen handelt es sich um Kostendaten basierend auf der Kostenträgerrechnung gemäss REKOLE®. Die Leistungsdaten basieren auf den abgerechneten Leistungen gemäss den geltenden ambulanten Tarifen.

Besprechungsnotiz:

- Der Datensatz ist ein Zusammenzug (Gesamtfallkosten).
- Weiter wurde ein Auszug der Kostenarten zur Verfügung gestellt, welcher nicht alle Kostenarten beinhaltet.
- Das Tarifsystem beinhalte alle Kostenarten.
- Eine Gruppierung/Aggregation der Kostenarten ist möglich.
- In Folgeversionen werden alle ca. 80 Kostenarten geliefert, damit die Prüfbehörde die volle Transparenz hat. Weiter besteht die Bereitschaft besteht, bei Bedarf die Datenlieferung zu erläutern.
- Die ANK sind nach REKOLE® und somit nach effektiven Kosten gemäss Kostenrechnung im System enthalten.

- Wird für die Ermittlung der Kosten der ärztlichen Leistungen auf TARMED-Positionen abgestellt? Falls ja, weshalb?

Für die Ermittlung der Kosten wird nicht auf TARMED-Positionen abgestellt. Die Kosten basieren auf der Kostenträgerrechnung gemäss REKOLE®.

Besprechungsnotiz:

- TARMED-Tarifpositionen werden für die Plausibilisierung verwendet (z.B. OP-Leistung → OP-Kosten vorhanden)
- TARMED-Tarifpositionen werden für die Entwicklung der Entscheidungsbaumlogik und für die Gruppierung der aktuellen Fälle verwendet.
- Zukünftig müssen Diagnosen und Prozeduren (ICD, CHOP) geliefert werden.

- Die eingereichten Kostendaten sind in der eingereichten Form nicht auswertbar. Bspw. sind die Kosten der einzelnen Fallpauschalen nicht ohne Verknüpfung zum File «Gruppierungsergebnisse» resp. dem Fallpauschalenkatalog auszuwerten. Auch die Kosten der ärztlichen Leistungen - offenbar basierend auf TARMED-Positionen (AL + TL) - können nicht ohne aufwändige Bearbeitung des Files entnommen werden. Die Transparenz der Datengrundlage ist daher mangelhaft.

Besten Dank für die Hinweise. Wir werden dies entsprechend prüfen und für Folgeversionen sicherstellen. Mit der Variable "key" ist eine Verknüpfung der beiden mitgelieferten Files "1\_Beilage\_Kalkulationsdatensatz.csv" und "3\_Beilage\_Gruppierungsergebnisse" sichergestellt. Die Bewertung erfolgt nicht basierend auf TARMED-Vergütung, sondern erfolgt anhand der REKOLE®-Kostendaten, dies für alle Bereiche - auch die ärztlichen Leistungen.

- Unklar ist der Einbezug der Leistungen in Abwesenheit des Patienten in den TARMED-Daten. Per Definition sollen diese nicht Bestandteil der Pauschalen sein, in der Kostenberechnung werden sie jedoch miteinberechnet.

Leistungen in Abwesenheit des Patienten werden einbezogen, sofern diese am pauschalierten Patientenkontakt stattgefunden haben oder einen direkten Bezug dazu haben. Vor- oder nachgelagerte Leistungen in Abwesenheit werden gemäss aktuellem Regelwerk mittels Einzelleistungstarif verrechnet. Anpassungen werden für die Version 0.3 geprüft.

- Die eingereichten Kostendaten sind in der Summe nicht plausibel. Die Summierung der Kostenbestandteile stimmt mit den ausgewiesenen Kosten nicht überein. Wir sind diesbezüglich an einer Klärung interessiert.

Besten Dank für die Hinweise. Im Dokument «1\_Beilage\_Kalkulationsdatensatz.csv» wurden nicht alle, sondern nur die wichtigsten Kostenvariablen mitgeliefert. Aus diesem Grund entspricht die Summe der gelieferten Kostenvariablen nicht den Gesamtkosten.

Besprechungsnotiz:

s. obige Besprechungsnotiz: «- In Folgeversionen werden alle ca. 80 Kostenarten geliefert, damit die Prüfbehörde die volle Transparenz hat.»

- Gemäss Angaben im Entwicklungsbericht (Tab. 8) entsprechen die verwendeten Daten nur ca. 20-25% des Gesamtvolumens resp. der Anzahl Patientenkontakte. Wir erachten es als notwendig, diese Quote im Rahmen der weiteren Arbeiten zu erhöhen.

Dies entspricht auch unserem Willen und wir sind überzeugt, dass dies in sehr naher Zukunft verbessert werden kann. In Tabelle 3 im Entwicklungsbericht wird aufgezeigt, welche Fälle für den Kalkulationsdatensatz, und damit für die Entwicklung der ambulanten Pauschalen, verwendet wurden. Wir sind überzeugt, dass mit nationalen Vorgaben, jährlichen Datenerhebungen und insbesondere der Inkraftsetzung des Systems dieser Anteil deutlich gesteigert und das grosse Datenpotenzial erschlossen werden kann.

## 2. Fallgruppenbewertung, Falldefinition

In Bezug auf die Berechnung der Kostengewichte ergeben sich für uns aufgrund der eingereichten Daten folgende Erkenntnisse und Fragen:

- Die Definition von Zähler und Nenner für die Fallgruppenbewertung ist für uns aktuell noch nicht

genügend klar, vor allem auch in Bezug auf Ihre Präsentation vom Oktober 2021 (Fälle der Spezialversorgung identisch mit Fällen mit Triggerpositionen?).

Besten Dank für den Hinweis. Wir werden die Erläuterungen dazu für Folgeversionen schärfen und am 19. September 2022 darauf eingehen.

- In Bezug auf die Falldefinition ist die praktische Umsetzung noch zu präzisieren. Wie wird bspw. sichergestellt, dass die Leistungserbringer Analysen, Berichte und die klinische Pathologie (welche im Rahmen eines «Falls» per Definition zu einem späteren Zeitpunkt erbracht würden) auch tatsächlich fallbezogen und nicht separat abrechnen? Die Abgrenzung zum Einzelleistungstarif wird im Rahmen des Genehmigungsverfahrens deshalb vertieft zu überprüfen sein, um allfällige Mengenausweitungen zu vermeiden.

Die Umsetzung dieser grundlegenden Veränderung wird aktuell intensiv diskutiert. Wir sind überzeugt, dass hierfür gute Lösungen gefunden werden können, welche sowohl der effizienten Umsetzung bei den Leistungserbringern wie auch der effizienten Kontrolle bei den Versicherern Rechnung tragen wird.  
Besprechungsnotiz:

- Die Definition des Patientenkontakts wird aktuell noch geschärft (Fachbereiche, Laboraufträge, Berichte).
- Ziel: keine Ungleichbehandlung Spital und freie Praxis.
- Leistung in Abwesenheit: Am pauschalierten Patientenkontakt ist die Leistung in der Pauschale enthalten; vorher / nachher mittels ELT.
- Ambulante Behandlungspauschalen sind zukünftig besser datenbasiert analysierbar.

- Es ist unklar, ob die fehlende Repräsentativität der Datengrundlage in der Berechnung der Kostengewichte berücksichtigt worden ist (bspw. durch die Festlegung von Perzentilen).

Besten Dank für den Hinweis. Wir werden dies für Folgeversionen prüfen.  
Bei fallzahlschwächeren Pauschalen wurde aus Gründen der Robustheit der Median verwendet (50-Perzentil).

### 3. Kostenfolgeschätzung und Monitoring

In Bezug auf Ihre Angaben zu Kostenfolgeschätzung und Monitoring ziehen wir folgendes erstes Fazit:

- Die Kostenfolgeschätzung bezieht sich nur auf die ärztlichen Leistungen, was unzureichend ist. Eine Kostenfolgeschätzung muss alle Kostenbestandteile der Pauschalen beinhalten und darf sich nicht nur auf die ärztlichen Leistungen beziehen. Zudem erachten wir hier auch die Erstellung einer dynamischen Kostenfolgeschätzung als sinnvoll, d.h. einer Betrachtung einer Kostenfolgeschätzung mit Veränderung bestimmter Variablen (bspw. Mengenveränderung aufgrund veränderter Anreize/Gesetzeslage), welche darlegt, dass die Veränderungen/Kostenfolgen nicht auf die Tarifstruktur zurückzuführen sind.

Im Rahmen der Kostenfolgeschätzung wurden nicht nur die Kosten für die ärztlichen Leistungen, sondern die gesamten Kosten der Patientenkontakte berücksichtigt. Zudem wurden die gelieferten Falldaten der Spitäler gemäss ihrem Anwendungsbereich aufgeteilt, so dass eine Zuordnung der Leistungen (ambulante Pauschalen oder Einzelleistungstarif) möglich ist. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um die Neutralität des Gesamtsystems betreffend Tarifmodellwechsel zu gewährleisten. Es ist für uns unbestritten, dass auch Leistungen ausserhalb des Anwendungsbereichs der Pauschalen – d.h. im Rahmen eines Einzelleistungstarifs – Teil der Kostenfolgeschätzung und der Umsetzung «keine Mehrkosten durch Tarifmodellwechsel» sind. Gerne erläutern wir Ihnen am 19. September 2022 das konkrete Vorgehen.

- Der Wechsel eines Tarifmodells darf bekanntermassen nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe c KVV zu keinen Mehrkosten führen (Kostenneutralität). Dies sowohl in statischer wie dynamischer Hinsicht. Im vorliegenden Vertrag sehen Sie für die Umsetzung der Kostenneutralität ein Monitoring mit Korrekturmassnahme auf Stufe CMI vor. Das Monitoring ist für die Einführungsphase von 2 Jahren aufgesetzt. Dies ist eine gute Grundlage, aber noch nicht ausreichend. Nach unserer Einschätzung müsste das Monitoring im Minimum 3 Jahre dauern. Zudem sollten auch Korrekturmassnahmen betreffend einer unerwünschten Mengenentwicklung geprüft werden.

Besten Dank für die Hinweise, welche wir für die Eingabe des Gesamtsystems gerne aufnehmen werden.

Besprechungsnotiz:

Die Überführung/Einführung ist ein wichtiger Teil der Genehmigung. Es braucht eine Gesamtlösung für die Ablösung TARMED, d.h. für das Gesamtsystem. Es sind ein gemeinsamer Nenner und intelligente Messgrößen zu finden und zu vereinbaren (z.B. Patientenkontakt, Leistung in Abwesenheit, durchschnittliche Anzahl Patientenkontakt pro Patient).

- Es ist vertieft zu prüfen, wie die Leistungen in Abwesenheit des Patienten monitoriert werden. Diese können per Definition nicht Teil der Pauschale sein, werden aber im Rahmen von Behandlungen oft erbracht.

Besten Dank für den Hinweis, welcher für uns unbestritten ist.

- Es sind Überlegungen anzustellen, wie die Vor- und Nachbehandlungen der Pauschalen (welche nicht Bestandteil der Pauschalen sind) monitoriert werden. Es muss sichergestellt werden, dass keine Mengenausweitung mittels einer Zunahme von vor- oder nachgelagerten Leistungen stattfindet.

Besten Dank für den Hinweis, welcher für uns unbestritten ist. Diesem Punkt wird insbesondere bei der Sicherstellung der Umsetzung «keine Mehrkosten durch Tarifmodellwechsel» Rechnung getragen (vgl. oben).

- Auch die Definition der Variablen für das Monitoring ist zu konkretisieren, diese müssten vorgängig eindeutig definiert werden, inkl. Quellen. Offensichtlich ist, dass die Falldefinition im Monitoring unterschiedlich ist zu derjenigen der Fallgruppenbewertung. Dies erachten wir als problematisch für ein aussagekräftiges Monitoring.

Besten Dank für den Hinweis, welchen wir gerne am 19. September 2022 besprechen werden.

Der Tarifmodellwechsel, das Monitoring und die Kostenfolgeschätzung sind unbestritten und wir sind uns bewusst, dass es hierzu Konzepte braucht, welche der Ablösung des TARMED durch ein Gesamtsystem gerecht werden. Diese sollen unter allen Tarifpartner für den Genehmigungsantrag des Gesamtsystems erarbeitet werden.

Besprechungsnotiz:

H+ wird sich dafür einsetzen, dass auch ein Konzept auf der Tarifebene (Preisebene) vereinbart werden kann, damit eine Sicherheit besteht und die Versorgung nicht unter dem Tarifmodellwechsel leidet. Dies ist für das BAG auch ein wichtiges Element.

#### 4. Zwischenfazit materieller Teil

In Bezug auf den materiellen Teil erachten wir die folgenden Punkte für ein definitives Gesuch als zentral:

- Einbezug der niedergelassenen Fachärzte/Fachärztinnen und damit erhöhte Repräsentativität in Bezug auf die Grundgesamtheit.
- Verbesserte Repräsentativität in Bezug auf die Spitalambulatorien (derzeit nur 27 Spitäler).
- Teilweise sehr wenig Datensätze pro Pauschale.
- Klärung, wie die Tarife tatsächlich ermittelt worden sind, auf Basis von Abrechnungsdaten oder Kostenträgerrechnungen/Rekole. Dies sind zwei unterschiedliche Berechnungsverfahren. Grundsätzlich sollten Kostendaten vorliegen.
- Klärung, wie sichergestellt wird, dass der Wechsel des Tarifmodells zu keinen Mehrkosten führt. Die aufgezeigten Kontrollinstrumente (Monitoring) sind aktuell nicht ausreichend.

Zudem weisen wir darauf hin, dass das BAG in Zusammenhang mit dem Gesuch zu den ambulanten Leistungspauschalen von santésuisse und FMCH vom 30. März 2020 bereits einmal eine umfassende Stellungnahme zur Erstellung eines Pauschalensystems abgegeben hat.

Wir danken für die detaillierte Rückmeldung zur Version 0.2 und für die Bereitschaft, diese am 19. September 2022 zu besprechen. Wichtige Elemente der Version 0.2 wurden nicht explizit erwähnt:

- Patientenkontakt auf Basis des ambulanten tarifarischen Falls
- Tagesbezug
- Bewertung mittels Relativgewichten
- Datenbasiertes Vorgehen
- Anwendungsbereich und Abgrenzung zum Einzelleistungstarif
- Normierungskonzept

Wir gehen somit davon aus, dass diese Konzepte im Sinne des BAG sind und wir diesen Weg weiterverfolgen sollen.

Besprechungsnotiz:

Konzepte liegen in der Verantwortung der Tarifpartner, welche geprüft werden, wenn es um die Genehmigung geht.

Das BAG stellt sich zur Verfügung, bei Bedarf eine neue Vorversion nochmals zu prüfen, sofern dies als hilfreich erachtet wird. Besten Dank.

Gerne sind wir bereit, unsere Rückmeldung im Rahmen einer technischen Sitzung mit Ihnen zu diskutieren. Gerne können Sie uns diesbezüglich kontaktieren.

Freundliche Grüsse

Bundesamt für Gesundheit



lic. iur., Anwältin Sandra Schneider  
Abteilungsleiterin und Stv. Direktionsbereich

Geht an:

- H+, Frau Anne-Geneviève Bütikofer, Lorrainestrasse 4a, 3013 Bern
- santésuisse, Frau Verena Nold, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn,

Kopie an:

- Eidgenössisches Departement des Innern, Inselgasse 1, 3003 Bern
- Eidgenössische Preisüberwachung, Einsteinstrasse 2, 3003 Bern