


## Stellungnahme von santésuisse und H+ zur BAG-Rückmeldung vom 19.06.2023

### Gesuch um Eröffnung eines Prüfverfahrens zu einer gesamtschweizerischen Patientenpauschaltarifstruktur im ambulanten Bereich / Eingabe der Vorversion 0.3

September 2023

#### Ausgangslage und Zweck dieses Dokuments

- Die Tarifpartner H+ und santésuisse haben am 23.12.2022 die Tarifversion 0.3 dem BAG mit der Bitte um eine Vorprüfung zugestellt.
- Das BAG ist diesem Anliegen nachgekommen und hat am 19. Juni 2023 den Tarifpartnern eine ausführliche Rückmeldung zur Tarifversion 0.3 zugestellt.
- Die Tarifpartner H+ und santésuisse möchten Transparenz schaffen und die BAG-Rückmeldung zur Tarifversion 0.3 gegenüber ihren Mitgliedern veröffentlichen.
- Hinweis: Die Rückmeldung des BAG bezieht sich auf die **Tarifversion 0.3** mit **Stand Dezember 2022**. Die solutions tarifaires suisses AG hat parallel dazu das ambulante Pauschalensystem finalisiert und im **Juni 2023** die **Einführungsversion 1.0** veröffentlicht. In die Entwicklung der Tarifversion 1.0 flossen u.a. die Erkenntnisse aus dem im Jahr 2022 durchgeführten technischen Austausch mit dem BAG sowie die Hinweise aus dem im Frühjahr 2023 durchgeführten Konsultationsprozess ein. Dieser Konsultationsprozess stand allen Tarifpartnern und ihren Mitgliedern offen.
- Die BAG-Rückmeldung vom 19. Juni 2023 bezieht sich somit auf eine Tarifversion (Tarifversion 0.3), die bereits nicht mehr aktuell ist. Um daraus resultierende Missverständnisse zu vermeiden, haben die Tarifpartner H+ und santésuisse die Fachexperten der gemeinsamen Tariforganisation solutions tarifaires suisses AG beauftragt, das BAG-Rückmeldeschreiben zu kommentieren.
- Hinweis: Zeitgleich zu den Rückmeldungen zum ambulanten Pauschalensystem (Tarifversion 0.3) hat das BAG den Tarifpartnern ebenfalls ein Rückmeldeschreiben zu TARDOC 1.3.1 zukommen lassen. Eine Veröffentlichung dieses Schreibens liegt in der Verantwortung der TARDOC-Partner FMH und curafutura.

 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

CH-3003 Bern BAG; POST CH AG

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

Aktenzeichen: 735.2-73/10  
Bern, 19. Juni 2023

**Gesuch um Eröffnung eines Prüfverfahrens zu einer gesamtschweizerischen Patientenpauschaltarifstruktur im ambulanten Bereich / Eingabe der Vorversion 0.3**

Sehr geehrte Frau Nold  
Sehr geehrte Frau Bütikofer

Am 23. Dezember 2022 hat die solutions tarifaires suisses SA (sts) die Version 0.3 zum Vorhaben eines gesamtschweizerischen Pauschaltarifs im Rahmen einer Vorprüfung zugestellt. Die Version 0.3 ist eine Folgeversion der Version 0.2, welche dem Bundesrat am 23. Dezember 2021 ebenfalls im Rahmen eines Gesuchs um Vorprüfung zugestellt worden ist.

Zur Version 0.2 verweisen wir auf unsere Rückmeldung vom 8. Juli 2022 sowie die nachfolgende technische Sitzung vom 19. September 2022. Zudem erinnern wir daran, 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 ambulanten Pauschaltarifs abgegeben hat.

Im Rahmen der (technischen) Sitzung mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) haben Sie ihr Vorhaben angekündigt, dem Bundesrat per Ende Jahr 2022 eine weitere Version in einem Antrag um Vorprüfung zuzustellen (V0.3). Der Schwerpunkt der Erneuerungen in dieser Version liege dabei im materiellen Teil. Das BAG hat sich mit diesem Vorgehen einverstanden erklärt.

Der Schwerpunkt der Rückmeldung zur Version 0.3 liegt deshalb auf dem materiellen Teil (vgl. Ziff. II). Im Nachgang zur Einreichung des zweiten Gesuchs um Vorprüfung hat am 13. März 2023 eine technische Sitzung zur Version 0.3 unter der Leitung des BAG stattgefunden. Anlässlich der technischen Sitzung vom 13. März 2023 haben wir Ihnen einen Fragekatalog zugestellt, den Sie an der technischen Sitzung mündlich und im Nachgang auch schriftlich beantwortet haben. Wir danken Ihnen dafür.

Im vorliegenden Schreiben geben wir entsprechend der Eingabe vom 23. Dezember 2022 und Ihren Ausführungen zum Fragekatalog anlässlich der technischen Sitzung vom 13. März 2023 eine Rückmeldung zur Version 0.3 der ambulanten Pauschalen.

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>



BAG-A-83B13401/7

## **I. Formelles und Erinnerung an die KVG-Änderung vom 18. Juni 2021 in Bezug auf das Tarifrecht**

Mit KVG-Änderung vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1a, [AS 2021 837](#)) müssen seit 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 KVG). Nach Artikel 43 Absatz 5<sup>quater</sup> KVG muss zudem eine vom Bundesrat genehmigte oder festgelegte Tarifstruktur für auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife von allen Leistungserbringern für die entsprechenden Behandlungen angewandt werden (Allgemeinverbindlichkeit).

Eine vereinheitlichte Pauschalierung von (ambulanten) Leistungen ist im Interesse einer effizienten und transparenten Gesundheitsversorgung, und vermindert die Anreize zur Mengenausweitung im Gesundheitssystem.

Mit der KVG-Änderung werden die Tarifpartner im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen zudem verpflichtet eine Organisation einzusetzen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der gesamtschweizerischen Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen zuständig ist. Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet. Wie bisher muss die Eingabe einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur von einer repräsentativen Mehrheit der Tarifpartner eingereicht werden.

Zu weiteren formellen Anforderungen verweisen wir auf die Rückmeldung zur Version 0.2 vom 8. Juli 2022, insbesondere verweisen wir auch auf die tarifrechtlichen Rahmenbedingungen.



## II. Materielles

### 1. Datengrundlage / Repräsentativität

#### II. Materielles

Zur Interpretation der materiellen Prüfkriterien verweisen wir auf den Prüfbericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 19. November 2020 zu TARDOC. Die entsprechenden Erläuterungen zu den Prüfkriterien gelten ebenso für die ambulanten Pauschalen. Ebenfalls als Grundlage gilt das Schreiben des Bundesrates vom 3. Juni 2022 an die Tarifpartner im Rahmen der Nichtgenehmigung von TARDOC.

Im folgenden Abschnitt äussern wir uns zu den wichtigsten materiellen Punkten zum aktuellen Stand des Gesuchs um Vorprüfung bei den ambulanten Pauschalen:

#### 1. Datengrundlage / Repräsentativität

Für die Berechnung der Kostengewichte der eingereichten Pauschalen sind Daten von 29 Spitälern über die Jahre 2019/2020/2021 verwendet worden. Nach Bereinigung und Plausibilisierung der Daten entspricht dies 853'915 Fällen, wobei die Falldefinition nach der Definition im Projekt vorgenommen worden ist. Nicht genannt wird die Summe aller Fälle im betreffenden Zeitraum, womit die vorliegende Stichprobe in kein Verhältnis zur Grundgesamtheit gesetzt werden kann. Es ist aber zu vermuten, dass der Umfang der Fälle wesentlich höher liegt und pro Fachbereich unterschiedlich ausfällt.

Grundsätzlich kann eine Datenerhebung auf einer Stichprobe basieren, wenn diese repräsentativ zur Grundgesamtheit ist. Ist eine Stichprobe nicht repräsentativ, müssen die unterrepräsentierten Einheiten entsprechend höher gewichtet werden. Ein solches Vorgehen setzt voraus, dass die Grundgesamtheit qualitativ und quantitativ bekannt ist.

- Es ist dem BAG nicht abschliessend bekannt, welche Spitäler die Leistungs- und Kostendaten geliefert haben, die für die Bestimmung der Fallgruppen verwendet werden konnten, es kann deshalb auch nicht ermittelt werden in welchem Verhältnis die Stichprobe zur Grundgesamtheit steht. Die Repräsentativität der Daten kann deshalb nicht umfassend beurteilt werden.

*Besten Dank für den Hinweis, dass die im Zusammenhang mit der Version 0.3 ein- und nachgereichten Daten noch keine abschliessende Prüfung der Datenrepräsentativität erlauben. Wir werden dies im Genehmigungsgesuch der Tarifversion 1.0 entsprechend aufbereiten.*

- Es fehlt grundsätzlich eine Übersicht der Grundgesamtheit bezogen auf die «ambulanten Leistungserbringer im ambulanten Setting» gemäss der Definition der Tarifpartner. Gemäss Ihren Auskünften gebe es jedoch in Bezug auf die Verteilung auf Spitalkategorien gewisse Verzerrungen zwischen den in der Tarifversion 0.3 verwendeten Fällen einerseits und der Grundgesamtheit andererseits. So seien die Universitätsspitäler im Kalkulationsdatensatz im Vergleich zur Grundgesamtheit über-

27

---

und die Kategorie der Grundversorger untervertreten. Diese Ausführungen stammen aus der schriftlichen Beantwortung unseres Fragekataloges zur technischen Sitzung vom 13. März 2023, eine Offenlegung dieser Erhebungen gegenüber dem BAG hat aber nicht stattgefunden.

- Es ist zu vermuten, dass die Anzahl Leistungserbringer pro Fachbereich unterschiedlich ist, wodurch «die Grundgesamtheit» pro Fachgebiet unterschiedlich ausfällt was berücksichtigt werden muss<sup>1</sup>.

*H+ und santésuisse werden mit dem Genehmigungsgesuch zur Tarifversion 1.0 die benötigten Unterlagen und Auswertungen beilegen, so dass die Fragen zur Datenrepräsentativität geklärt werden können.*

- Keine Daten gibt es aktuell von Ärztinnen und Ärzten, welche im Rahmen einer Einzel- oder Gruppenpraxis tätig sind (Facharztpraxen). Es gibt auch kein Konzept, welches ein Vorgehen aufzeigen würde, wie ein möglicher Einbezug angegangen werden würde. Für eine Version 1.0 muss ein Konzept für den späteren Einbezug einer repräsentativen Anzahl ambulanter Leistungserbringer, insbesondere auch der Facharztpraxen, vorhanden sein.

*Wir teilen Ihre Einschätzung, dass es momentan keine fallbezogenen Kosten- und Leistungsdaten für den niedergelassenen Bereich (Arztpraxen) gibt. Da solche Daten aus dem niedergelassenen Bereich (Arztpraxen) sowohl für das ambulante Pauschalensystem wie auch TARDOC fehlen, würde sich ein entsprechendes Projekt im Rahmen der Zusammenarbeit aller Tarifpartner innerhalb der OAAT AG anbieten. Wir erachten es als entscheidend für die Akzeptanz und den Umsetzungserfolg, dass ein solches Projekt von der FMH mitgetragen wird, da die Mitglieder der FMH hauptsächlich davon betroffen wären.*

*Wie in der schriftlichen Beantwortung Ihres Fragekataloges vom 13. März 2023 erwähnt, haben H+ und santésuisse die Durchführung eines entsprechenden Projekts in den Diskussionen im Rahmen der Erarbeitung der Tarifierungsgrundsätze innerhalb der OAAT AG thematisiert. Es war jedoch keine Einigung auf griffige Eckwerte möglich.*

*H+ und santésuisse werden im Genehmigungsgesuch für die Tarifversion 1.0 ein Konzept beilegen, wie ein solches Projekt realistisch innerhalb der OAAT AG umgesetzt werden kann.*

*Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die aktuell mit dem Patientenpauschaltarif abgebildeten Leistungen überwiegend im Spitalumfeld erbracht werden. Auch im TARMED bzw. TARDOC basiert die Tarifierung von mehrheitlich im Spital erbrachten Leistungen ausschliesslich auf Spitaldaten bzw. auf Berechnungen auf Basis von Spitalmodellen.*

- Es ist nicht ersichtlich, ob Daten von spezialisierten ambulanten Operationseinrichtungen im Datensample einbezogen wurden oder nicht. Für eine repräsentative Stichprobenerhebung müssen die Daten dieser Leistungserbringergruppe ebenfalls einbezogen werden, insbesondere auch weil ambulante Operationseinrichtungen in der Regel eine tiefere Kostenstruktur aufweisen.

*H+ und santésuisse werden für das Genehmigungsgesuch für die Tarifversion 1.0 die entsprechenden Informationen und Daten aufbereiten und beilegen.*

- Mit den vorliegenden Unterlagen fehlt somit ein Nachweis einer repräsentativen Datengrundlage für die Herleitung der eingereichten Pauschalen.

*H+ und santésuisse werden für das Genehmigungsgesuch für die Tarifversion 1.0 die benötigten Informationen und Daten aufarbeiten und beilegen.*

- Zu den einzelnen Pauschalen fehlt ebenfalls ein Nachweis einer genügenden Repräsentativität der Datengrundlage. Zwar wurde die Anzahl der Datensätze pro Pauschale im «Datenspiegel» am 8. März 2023 auf der Website von STS publiziert, aber auch diese Anzahl steht in keinem Verhältnis zur Grundgesamtheit. Es kann somit keine Aussage zur Repräsentativität der Datengrundlagen zu den einzelnen Pauschalen gemacht werden.

*H+ und santésuisse werden im Rahmen des Genehmigungsgesuchs die verlangten Unterlagen und Auswertungen einreichen, damit Stichprobe und Grundgesamtheit auf Ebene der einzelnen Fallgruppen verglichen werden können.*



## 2. Fallpauschalenkatalog (Tarifstruktur) und Abgrenzung zum Einzelleistungstarif

### 2. Fallpauschalenkatalog (Tarifstruktur) und Abgrenzung zum Einzelleistungstarif

Gemäss Unterlagen basieren die Pauschalen auf einer nach TARMED-Positionen aufgestellten Liste mit Trigger-Positionen, welche mit den weiteren Leistungskomponenten zu Pauschalen konfektioniert werden. Als Abgrenzungskriterien zwischen Einzelleistungstarif (ELT) und Pauschalen dient nach unserer Interpretation das Kriterium «ambulante Grundversorgung» (ELT) und «ambulante Spezialversorgung» (Pauschalen). Weitere Kriterien für die Angemessenheit einer Pauschalierung sind aus den Unterlagen nicht bekannt.

Die Triggerpositionen sind mittels einer mehrstufigen Zuordnungslogik den Fallgruppen zugeordnet worden (Entscheidbaum). In einer ersten Stufe erfolgt die Zuordnung eines Falles in ein Capitulum gemäss der Hauptdiagnose nach ICD-10-GM. Da aktuell nicht alle Spitäler Diagnosecodes nach ICD-10 liefern, wurde für die Entwicklungsphase alternativ auf die TARMED-Position abgestellt, d.h. jede verwendete TARMED-Triggerposition ist einem Capitulum zugewiesen worden. In einem zweiten Schritt erfolgt die Zuordnung in eine Basisfallgruppe anhand der erbrachten Leistungen (bzw. der verrechneten Tarifpositionen). Die Zuteilung erfolgt in drei möglichen Partitionen: operativ, interventionell oder medizinisch. Als dritter Schritt werden die Falldaten anhand von weiteren Fallmerkmalen, welche den unterschiedlichen Ressourcenverbrauch begründen, genannt werden Arzneimittel, oder demografische Angaben (Alter, Geschlecht) gruppiert.

Auf Basis dieses Verfahrens sind mit der Version 0.3 rund 450 Fallpauschalen eingereicht worden. Nach unserer Einschätzung ist der aufgestellte Katalog mit folgenden Schwierigkeiten verbunden:

- Es ist unklar, ob es der Anspruch der Tarifpartner ist, mit der Version 0.3 nun alle Leistungen der «ambulanten Spezialversorgung» als Pauschalen abzubilden. Das würde bedeuten, dass alle Trigger-Positionen im Prinzip nicht mehr mittels Einzelleistungstarif abgerechnet werden dürften. Für eine Version 1.0 ist die Abgrenzung zwischen ELT und ambulanten Pauschalen klar auszuweisen.

*Ihr Verständnis ist korrekt: Eine Triggerposition bedeutet, dass der entsprechende Patientenkontakt immer und eindeutig in den Anwendungsbereich des ambulanten Pauschalensystems fällt. Entsprechend dürfen Trigger-Positionen nach Einführung des ambulanten Pauschalensystems nicht mehr abgerechnet werden. Entsprechend ist mit Hilfe der Liste mit den Triggerpositionen (in der unterdessen publizierten [Tarifversion 1.0 der Anhang 1 zum «Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs»](#)) eine eindeutige Abgrenzung zwischen ELT und ambulanten Pauschalen möglich.*

*Das Konzept des Patientenpauschaltarifs sieht vor, grundsätzlich alle Leistungen der ambulanten Spezialversorgung abzudecken. In Bezug auf den Anwendungsbereich der Einführungsversion (Tarifversion 1.0) gibt es diesbezüglich allerdings folgende Aktualisierungen im Vergleich zur Tarifversion 0.3 zu beachten:*

- *Im Vergleich zu den Vorversionen wurde der Anwendungsbereich auf diejenigen Leistungsbereiche eingeschränkt, die eindeutig der Spezialversorgung zuordenbar sind. Leistungen der Funktionsdiagnostik, die nicht zwingend in einer ressourcenintensiven Infrastruktur erbracht werden, sind mit der Einführungsversion nicht abgebildet. Die Tabellen 19 und 20 in Kapitel 6.6 des Berichts zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs (Tarifversion 1.0) zeigen, dass über die drei Tarifversionen 0.2, 0.3 und 1.0 eine erhebliche Fokussierung des Anwendungsbereichs auf*

Leistungen in ressourcenintensiven Infrastrukturen erfolgt ist (man beachte den überproportionalen Rückgang im Anteil Patientenkontakte im Vergleich zum Anteil TARMED-Erlös):

Tabelle 19: Abdeckungsgrad Patientenpauschaltarif, Anteil Patientenkontakte

Anteil Patientenkontakte			
	v1.0	v0.3	v0.2
Niedergelassener Bereich	5.2%	7.5%	14.3%
Spitalambulanter Bereich	18.5%	21.1%	36.3%

Tabelle 20: Abdeckungsgrad Patientenpauschaltarif, Anteil TARMED-Erlös

Anteil TARMED-Erlös			
	v1.0	v0.3	v0.2
Niedergelassener Bereich	20.4%	27.2%	40.7%
Spitalambulanter Bereich	43.9%	49.0%	64.9%

- Die Vergütung gewisser Leistungen der Spezialversorgung wie beispielsweise Reproduktionsmedizin, Dialyse, Stammzellen-Transplantation, Gewinnung von CAR-T Zellen bleiben in einer Übergangsphase in separaten Verträgen geregelt.

- Der Leistungsinhalt der Pauschalen ist für die einzelnen Pauschalen nicht klar definiert, womit die Abgrenzung zum ELT oder anderen Tarifwerken unklar ist, was erneut zu einer Mengenausweitung führen kann. Auch wenn im Prinzip alle Leistungen am betreffenden Tag inbegriffen sein müssten und keine weiteren Einzelleistungen zur gleichen Diagnose möglich sind, kann die Ungenauigkeit im Leistungsinhalt dazu führen, dass beispielsweise Konsultationen an einem anderen Tag vorgenommen werden. Sowohl für die Anwendung als auch die Rechnungskontrolle muss pro Pauschale ersichtlich sein, was der Geltungsbereich jeder Pauschale ist und was die ein- oder ausgeschlossenen Leistungen sind. Für eine Version 1.0 muss der Leistungsinhalt jeder Pauschale und damit die Abgrenzung zum ELT und den anderen Tarifwerken klar ersichtlich sein, insbesondere auch für die Ermittlung der Kostenfolgen (vgl. Ziff. 4).

Grundsätzlich kann der Leistungsumfang einer Pauschale auf zwei verschiedene Wege festgelegt werden:

- Ansatz A: mittels Leistungsbeschreibung
- Ansatz B: mittels tarifizierter Einheit.

Üblicherweise wurde in der Vergangenheit Ansatz A verfolgt – das gilt insb. für die meisten bisher vereinbarten Pauschalen für ambulant erbrachte Leistungen (inkl. der sog. «freiwilligen Pauschalen», die von santésuisse und der FMCH 2020 zur Genehmigung eingereicht wurden). In den jeweiligen Tarifverträgen wird für jede Pauschale beschrieben, welche Leistungen durch die Pauschale abgedeckt sind (Inklusiva) und welche Leistungen separat verrechnet werden (Exklusiva). In der Praxis führt dieser Ansatz immer wieder zu



*Interpretations- und Anwendungsschwierigkeiten mit erheblichem Aufwand sowohl für die Leistungserbringer als auch die Kostenträger.*

*Mit dem Patientenpauschaltarif für ambulante ärztliche Leistungen wird auch diesbezüglich ein entscheidender Paradigmenwechsel vollzogen. Der abrechenbare Patientenkontakt stellt die tarifierte Einheit dar. Der Leistungsumfang ergibt sich in der Folge automatisch und überlappungsfrei. Auch bei den stationären Tarifwerken wird der Leistungsumfang mittels einer tarifierten Einheit bestimmt. Der stationäre Fall, definiert durch die Zeit zwischen Eintritt und Austritt, stellt die tarifierte Einheit dar. In der Tarifversion 1.0 wird in Anhang B zum Tarifstrukturvertrag («Anwendungsmodalitäten») die tarifierte Einheit eindeutig festgelegt. Doppelverrechnungen sind damit nicht möglich.*

*Beim ambulanten Pauschalensystem handelt es sich um ein klassisches «selbstlernendes» Tarifsystem. Das System reagiert automatisch auf Verhaltensänderungen der Anwender. In Ihrem Beispiel würde sich dies wie folgt äussern:*

- *Annahme 1: Die Daten der Tarifversion 1.0 zeigen, dass für einen Beispieleingriff entsprechende Konsultationen am gleichen Tag durchgeführt werden.*
- *Annahme 2: Nach Einführung des ambulanten Pauschalensystems ändert sich das Verhalten der Anwender dahingehend, dass die entsprechende Konsultation zum Beispieleingriff nicht mehr am gleichen Tag durchgeführt werden.*
- *Reaktion des Tarifsystems: Diese Verhaltensänderung schlägt sich in den Kostendaten (nach REKOLE) nieder, indem sich die Kosten für den Beispieleingriff um die Kosten für die entsprechende Konsultation reduziert. Diese Kostendaten fließen direkt in die Bewertung der Folgeversionen ein. Die Bewertung des Beispieleingriffs in den Folgeversionen liegt somit tiefer als in der Tarifversion 1.0.*

*In der Einführungsphase wird allerdings noch vorgängig über das Kostenneutralitätskonzept sichergestellt, dass keine Mehrkosten durch den Tarifwechsel entstehen werden. H+ und santésuisse haben für die Tarifversion 1.0 ein vollständig neues Monitoringkonzept vom unabhängigen Beratungsbüro BSS entwickeln lassen.*

- *Gemäss Rückmeldung der FMH und den angeschlossenen ärztlichen Fachgesellschaften zu Ihrer Vernehmlassung zur Version 0.3 der Pauschalen sei der Beizug von medizinischem Fachwissen in der Aufstellung der Pauschalen nicht erkennbar, in der vorliegenden Version sei eine Anwendung nicht durchführbar. Wir sehen hier eine klare Problematik und erwarten für eine Version 1.0, dass die betroffenen Dachverbände der Leistungserbringer ihre Unterstützung der Pauschalen ausreichend dokumentieren.*

*Mit Vereinbarung vom November 2022 haben die Tarifpartner die Tarifwerke (TARDOC, Patientenpauschaltarif) gegenseitig anerkannt und festgehalten, dass sich alle Tarifpartner an der Einreichung zur Genehmigung beteiligen. Anfangs Februar bis Ende März 2023 hat die solutions tarifaires suisses AG einen Konsultationsprozess zur Tarifversion 0.3 durchgeführt. Dieser Konsultationsprozess stand allen Tarifpartnern und ihren Mitgliedern offen. Sämtliche Rückmeldungen wurden von der solutions tarifaires suisses AG im Rahmen der Entwicklung der Tarifversion 1.0 analysiert und berücksichtigt, wo damit eine Verbesserung des Systems erzielt werden konnte.*

Auf Wunsch und unter dem Lead der Ärzteschaft wurde das ambulante Pauschalensystem zudem um sogenannte qualitative Dignitäten ergänzt. Dies ermöglicht es, das TARDOC Dignitätskonzept bei gleichzeitiger Einführung der beiden Tarifstrukturen auch auf das Pauschalensystem anzuwenden. Dies, obwohl aus Sicht der Tariforganisation solutions tarifaires suisses AG die im Dignitätskonzept formulierten Anliegen grundsätzlich nicht im Verantwortungsbereich einer Tarifstruktur liegen.

- Aus Vergleichen mit bestehenden Verträgen erachten wir die relativen Kostengewichte teilweise als eher hoch, Beispiele dafür sind Pauschalen zur Augenmedizin sowie den von FMCH/santésuisse eingereichten ambulanten Pauschalen vom 30. März 2020 (wird in Ihren Unterlagen ebenfalls als Vorversion bezeichnet). Auch einzelne Fachgesellschaften im Rahmen der Vernehmlassung weisen auf die teilweise eher hohen Kostengewichte hin. Im Rahmen einer Tarifeingabe 1.0 muss dem Wirtschaftlichkeitsgebot sowie einer kostenneutralen Einführung der Tarifstruktur klar Rechnung getragen werden (vgl. Ziff. 4).

Ohne Kenntnis des Basispreises sind bei Tarifen mit einem Tarifkatalog, der die tarifizierte Einheit (z.B. stationärer Fall bei SwissDRG, Patientenkontakt beim Patientenpauschaltarif) mit Relativgewichten bewertet, keine Aussagen zur Wirtschaftlichkeit möglich. Die Wirtschaftlichkeit lässt sich bei diesen Tarifen erst im Zusammenspiel von Struktur (Kostengewichte) und Preis (Basispreise) beurteilen.

Für die Einführungsphase haben H+ und santésuisse im Rahmen des Tarifstrukturvertrags ein Konzept zur Bestimmung **ertragsneutraler** Basispreise vereinbart (siehe Anhang E zum Tarifstrukturvertrag für die Tarifversion 1.0). Die konkreten Startpreise sind derzeit noch nicht bekannt.

Die Berechnung der Kostengewichte basiert auf einer umfassenden Basis von realen Kostendaten, die der offiziell anerkannten Methodik REKOLE folgt (dies im Gegensatz zu den von Ihnen erwähnten Pauschalen).

Unabhängig davon und der Vollständigkeit halber geben wir Ihnen zu Ihrem konkreten Beispiel (Kataraktoperation (inkl. Implantat)) folgenden Hinweis: Mit dem Basispreis gemäss Kostenschätzung liegt der geschätzte Erlös auf Höhe der vom Bundesrat in Vergangenheit genehmigten Preise:

Kostengewicht der Fallgruppe C02.15C \* Basispreis auf Basis Kostenfolgeschätzung = Erlös  
 $4.584 * 380 \text{ CHF} = 1'742 \text{ CHF}$

- 57 der rund 450 Pauschalen (rund 12%) weisen einen Kostenhomogenitätsfaktor von  $\leq 0.6$  auf, womit gemäss Ihrer Definition eine Inhomogenität der Pauschale vorliegen würde. Für die Zweckmässigkeit einer Pauschale muss eine Pauschale unter Berücksichtigung einer genügend grossen Stichprobe einen angemessenen Kostenhomogenitätsfaktor ausweisen.

Aus der deutschen DRG-Literatur ist zu entnehmen, dass der Homogenitätskoeffizient «nicht deutlich unter 50% sinken sollte» (vgl. InEK 2002, S. 65)<sup>1</sup>, resp. ein Homogenitätskoeffizient von 50 – 59.9% als **«befriedigend – ausreichend»** anzusehen ist (vgl. Eisenmenger 2021, S. 30)<sup>2</sup>. Gemäss Ziffer 6.2 des Berichts zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs (Tarifversion 1.0) weisen 37 Fallgruppen einen Homogenitätskoeffizienten zwischen 0.5 – 0.6 und 8 Fallgruppen einen Homogenitätskoeffizient unter 0.5 aus. Dabei handelt es sich um volumenschwache Fallgruppen: **lediglich 1% des Volumens entfällt somit auf eine der Fallgruppen mit einem «unbefriedigenden» Homogenitätskoeffizient < 0.5.**

Ein Vergleich mit etablierten Tarifsystemen (SwissDRG) zeigt, dass die Systemgüte für eine Einführungsversion gut ist. Abbildung 1 zeigt auf, dass SwissDRG auch in der Version 11.0 Pauschalen mit einem Homogenitätskoeffizienten <0.5 aufweist.

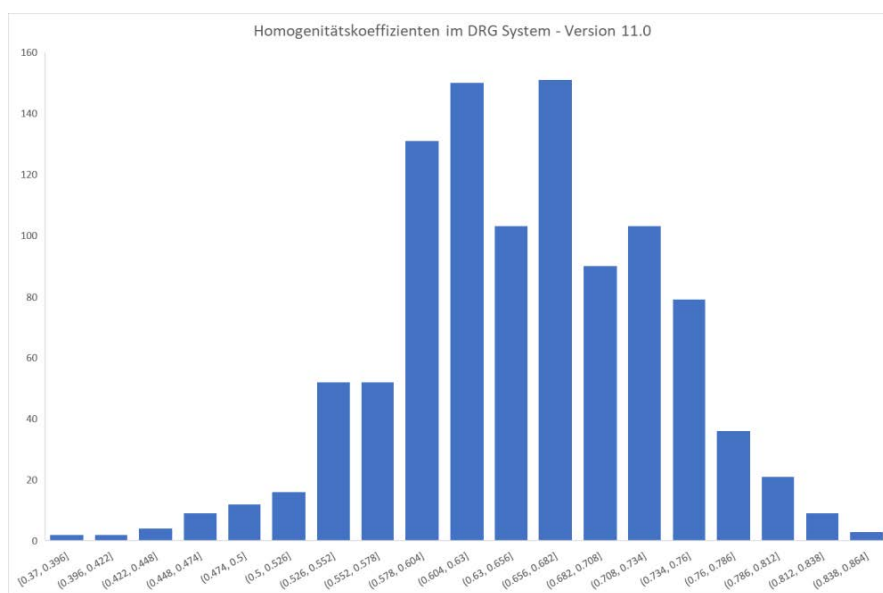


Abbildung 1: Verteilung Homogenitätskoeffizienten im DRG-System - Version 11.0

- Bei den Pauschalen von FMCH und santésuisse, welche am 30. März 2020 und im Vorfeld des vorliegenden Vorhabens zur Genehmigung eingereicht wurden, aber aufgrund des ungenügenden Kostenmodells dem Bundesrat nicht zur Genehmigung eingereicht werden konnten, sind die meisten Pauschalen mit einer separaten Pauschale für Anästhesie eingereicht worden. Es ist unklar, warum die Anästhesie, gegebenenfalls auch mit unterschiedlichen Anästhesieverfahren, bei den vorliegenden Pauschalen nicht oder nur vereinzelt, separat tarifiert worden ist. Wir bitten das zu prüfen und bei einer Version 1.0 das Evaluationsergebnis darzulegen.

<sup>1</sup> InEK (2002): Kalkulation der ersten deutschen Bewertungsrelationen für das G-DRG System. Siegburg: InEK.

<sup>2</sup> Eisenmenger, Nicole (2021): Das aG-DRG System – komplex, logisch... und fair?“. Huerth: Reimbursement Institute.



*Im ambulanten Pauschalensystem wird ein möglichst hoher Pauschalierungsgrad angestrebt. Die notwendige Kostendifferenzierung erfolgt über die Einteilung in unterschiedliche Fallgruppen. Die Unterscheidung mit Anästhesie durch Anästhesisten wurde in der Version 1.0 in jeder Fallgruppe geprüft, aber entsprechend dem methodischen Ansatz nur in denjenigen Fallgruppen umgesetzt, in welchen eine darauf zurückzuführende Kostendifferenz aufgezeigt werden konnte.*

*Bei den Pauschalen von FMCH und santésuisse wurde der umgekehrte Ansatz verfolgt: die Vertreter der Fachgesellschaften definierten die unterschiedlichen Eingriffe/Pauschalen. Anschliessend wurden im Modell normativ die Parameter definiert und mit vereinzelt Leistungserbringern plausibilisiert. Es liegt in der Natur eines solchen Ansatzes, der massgeblich von der Ärzteschaft getrieben war, dass jede Fachgesellschaft den Anspruch auf eigene/separate Pauschalen stellt und die Ausdifferenzierung der Nomenklatur eher hoch ist.*

*Es liegt ebenfalls in der Natur des Ansatzes, dass ein vorgängig festgelegter, hoher Ausdifferenzierungsgrad der Nomenklatur über die nachträgliche normative Definition der Modellparameter quantitativ oft begründet werden kann. Dies ist i.d.R. darauf zurückzuführen, dass die normativ definierten Modellparameter eben genau nicht umfassend statistisch erhoben werden und damit auch nicht der in der Realität üblichen Streuung unterliegen. Der von einem normativen Modell scheinbar quantitativ bestätigte Bedarf nach einer Nomenklatur mit hohem Ausdifferenzierungsgrad ist daher immer mit Vorsicht zu begegnen.*

Nach unserer Ansicht fehlen im vorliegenden Fallpauschalenkatalog Leistungen welche erst seit neuerem in den Leistungskatalog gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, SR 832.112.31) Anhang 1 aufgenommen worden sind und die derzeit noch in separaten (Pauschal-)Tarifverträgen geregelt oder noch gar nicht tarifiert sind an.

*Unter dem Dach der solutions tarifaires suisses haben H+ und santésuisse eine Roadmap zur Weiterentwicklung des Katalogs der ambulanten Fallgruppen erarbeitet (vgl. Ziff. 7.1 des Berichts zur Entwicklung der Tarifstruktur). Diese sieht vor, dass mit der Version 1.1 der Anwendungsbereich auf in bisherigen Pauschaltarifen vereinbarte Leistungen ausgeweitet wird.*

- Nach unserer Übersicht gibt es nur ca. 15 DRG's mit einem Alterssplit für Kinder (resp. Personen unterhalb einer definierten Altersgrenze). Unserer Ansicht nach ist damit die Pädiatrie in ungenügender Masse berücksichtigt. Für eine Version 1.0 und mit Berücksichtigung der Motion 19.4107 ist darzulegen, dass die Kindermedizin in genügendem Umfang abgedeckt worden ist.

*H+ und santésuisse werden zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung der Einführungsversion das Anliegen abdecken.*

*An dieser Stelle sei auf die Auswertung zum Finanzierungsgrad im Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur verwiesen (vgl. Ziff. 6.7). Mit einem **Finanzierungsgrad von 100%** für das Patientenkollektiv der Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren stellt der*

*Patientenpauschaltarif aus Sicht der Tarifpartner kein Hindernis für eine sachgerechte Abbildung der Kindermedizin dar.*

*Der Hinweis scheint uns wichtig, dass die Kindermedizin vielfach nicht über einen expliziten Alterssplit, sondern implizit über die Anästhesieform berücksichtigt wird. Der Grund dafür ist, dass Kinder und Patienten mit Beeinträchtigungen oder Angstzuständen sehr ähnliche Kostenstrukturen aufweisen. In solchen Konstellationen führt die Anästhesieform oft zu einer besseren Homogenität als ein strikter und expliziter Alterssplit.*

*Es wäre somit falsch, anhand der Bezeichnung einer Pauschale den Berücksichtigungsgrad der Kindermedizin abzuleiten. Als Anschauungsbeispiel für eine **implizite Altersdifferenzierung** soll in der Tarifversion 1.0 die Zirkumzision mit den beiden Pauschalen C12.03A (mit Anästhesie durch Anästhesist/in) und C12.03B dienen. Der Median in der Altersverteilung der Pauschale C12.03A beträgt 12 Jahre. Derjenige der Pauschale C12.03B beträgt 58 Jahre. Hinweis: Die Kennzahlen zu jeder Pauschale sind im Datenspiegel auf der Homepage der solutions tarifaires suisses AG transparent ausgewiesen.*

### **3. Fallgruppenbewertung, Falldefinition**

#### 3. Fallgruppenbewertung, Falldefinition

Die Herleitung der Kostengewichte basiert gemäss den Unterlagen auf den durchschnittlichen Kosten der Fallgruppe, nur in bestimmten Fällen (d.h. bei geringer Fallzahl oder geringer Kostenhomogenität der Fallgruppe) wird der Median eingesetzt. In Bezug auf die Berechnung der Kostengewichte ergeben sich für uns aufgrund der eingereichten Daten folgende Erkenntnisse:

- In Bezug auf die Falldefinition ist die praktische Umsetzung unklar. Wie wird bspw. sichergestellt, dass die Ärzteschaft Analysen, Berichte und die klinische Pathologie (welche im Rahmen eines «Falls» per Definition zu einem späteren Zeitpunkt erbracht würden) auch tatsächlich fallbezo-

4/7

---

gen und nicht separat abrechnen. Die Abgrenzung zum Einzelleistungstarif und anderen Tarifstrukturen muss klar sein. Es darf kein Potenzial für Mengenausweitung oder Doppelabrechnung haben.

*Die Anwendungsmodalitäten des Patientenpauschaltarifs wurden mit Fokus auf Klarheit, Umsetzbarkeit und Überprüfung durch die Kostenträger entwickelt. Einerseits können die Leistungserbringer mit den in ihren Systemen hinterlegten Informationen die Rechnung automatisch und im Einklang mit den Anwendungsmodalitäten erstellen, andererseits erhalten die Versicherer zusammen mit der Rechnungsstellung alle Informationen, um die Korrektheit der Rechnungsstellung zu überprüfen.*

*Bereits heute ist das Auftragsdatum auf einer Rechnung mit Laboranalysen oder Pathologieleistungen ausgewiesen. Eine diesbezügliche Prüfung durch die Kostenträger ist entsprechend einfach umsetzbar. Die Abrechnung von Berichten ist aufgrund des Datums der Sprechstunde ebenfalls kontrollierbar. Eine Mengenausweitung oder gar Doppelabrechnung ist aufgrund dieser einfachen Kontrollmechanismen nicht möglich.*

- Die fehlende Repräsentativität der Datengrundlage ist in der Berechnung der Kostengewichte nach unserer Übersicht nicht berücksichtigt worden, was eine repräsentative Abbildung der Leistungs- und Kostenspektren aber erfordern würde. Eine fehlende oder ungenügende Repräsentativität, ohne Korrekturen, führt zu Verzerrungen in einer Tarifstruktur.

*Wie oben ausgeführt, werden H+ und santésuisse das Thema Datenrepräsentativität im Rahmen ihres Gesuches aufgreifen.*

- Die Herleitung der Kostengewichte basiert gemäss den Unterlagen auf den durchschnittlichen Kosten der Fallgruppe, nur in bestimmten Fällen (d.h. bei geringer Fallzahl oder geringer Kostenhomogenität der Fallgruppe) wird der Median eingesetzt. Gemäss Ihren Ausführungen führten andere Masse als der Mittelwert zu Verzerrungen in der Struktur. Diese Argumentation kann nicht ganz nachvollzogen werden, zumal viele der Pauschalen einen tiefen Kostenhomogenitätsfaktor aufweisen.

*In Ziffer 6.1 des Berichts zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs (Tarifversion 1.0) sind die Anzahl Patientenkontakte und der Casemix in Verbindung mit Fallgruppen, die mit dem Median bewertet wurden, dargestellt. Aus der Darstellung geht hervor, dass es sich um einen verschwindend kleinen Anteil handelt (<0.1%). Vor diesem Hintergrund erkennen die Tarifpartner keine Gefahr der Verzerrung.*

- In der aktuellen Darstellung der Kostengewichte weicht der Mittelwert von 51 Pauschalen mehr als 25% vom Median ab. Mit dieser Streuung der Kosten einher geht ein tiefer Kostenhomogenitätsfaktor, wodurch die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit dieser Pauschalen in Zweifel zu ziehen ist.

*In Bezug auf die Systemgüte und den Kostenhomogenitätskoeffizient scheint uns der Hinweis auf die ausführliche Literatur zu diesem Thema wichtig. Wie bereits oben erwähnt, ist aus der deutschen DRG-Literatur zu entnehmen, dass der Homogenitätskoeffizient «nicht deutlich unter 50% sinken sollte» (vgl. InEK 2002, S. 65)<sup>3</sup>, resp. ein Homogenitätskoeffizient von 50 – 59.9% als **«befriedigend – ausreichend»** anzusehen ist (vgl. Eisenmenger 2021, S. 30)<sup>4</sup>. Gemäss Ziffer 6.2 des Berichts zur Entwicklung der Tarifstruktur des Patientenpauschaltarifs (Tarifversion 1.0) weisen 37 Fallgruppen einen Homogenitätskoeffizient zwischen 0.5 – 0.6 und 8 Fallgruppen einen Homogenitätskoeffizient unter 0.5 aus. Dabei handelt es*

<sup>3</sup> InEK (2002): Kalkulation der ersten deutschen Bewertungsrelationen für das G-DRG System. Siegburg: InEK.

<sup>4</sup> Eisenmenger, Nicole (2021): Das aG-DRG System – komplex, logisch... und fair?“. Huerth: Reimbursement Institute.



sich um volumenschwache Fallgruppen: **lediglich 1% des Volumens entfällt auf eine der Fallgruppen mit einem «unbefriedigenden» Homogenitätskoeffizient  $< 0.5$ .**

Es liegt in der Natur eines Pauschaltarifs, dass der Homogenitätsfaktor schwankt und insbesondere fallzahlschwache Fallgruppen einen tiefen Homogenitätsfaktor aufweisen. Allerdings würde es dem Gebot der medizinischen Homogenität zuwiderlaufen und es würde zu einem Konflikt mit dem Anspruch auf Transparenz und Verständlichkeit führen, wenn medizinisch inhomogene Fallgruppen zusammengelegt werden, einzig mit dem Ziel, den Homogenitätsfaktor zu erhöhen und die Anzahl inhomogener Fallgruppen zu verringern.

Ein Vergleich mit etablierten Tarifsystemen (SwissDRG) zeigt, dass die Systemgüte für eine Einführungsversion gut ist. Abbildung 1 (siehe oben) zeigt auf, dass SwissDRG auch in der Version 11.0 noch Pauschalen mit einem Homogenitätskoeffizienten  $< 0.5$  aufweist.

Weiter scheint uns der Hinweis wichtig, dass gemäss Art. 47a Abs. 5 KVG ab Einführung des ambulanten Pauschalensystems alle Spitäler dazu verpflichtet sind, ihre Daten zu liefern. Die nachfolgenden Tarifversionen werden somit automatisch auf einer Datenvollerhebung basieren.

#### 4. Beurteilung der Kostenfolgen und Konzepte für Kostenneutralität und Monitoring

##### 4. Beurteilung der Kostenfolgen und Konzepte für Kostenneutralität und Monitoring

Für die Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit verweisen wir vorab auf die Ausführungen im Prüfbericht des BAG zu TARDOC vom 19. November 2020. Konkret verlangen die gesetzlichen Anforderungen, dass ein Wechsel des Tarifmodells per se grundsätzlich keine Mehrkosten verursachen darf (Kostenneutralität nach Art. 59c Abs. 1 Bst. c KVV, basierend auf dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 43 Abs. 6 KVG). Auch ausgewiesene Kostensenkungen (z.B. aufgrund der Reduktion von Operationszeiten) müssen ins Tarifmodell einfließen. Sind für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) insgesamt belegbare Kostensteigerungen (sei es beispielsweise durch höhere Qualität der Behandlung oder veränderte Kosten) unausweichlich, so müssen diese nach dem Gebot der Billigkeit aus der Perspektive des Gesamtsystems der sozialen Krankenversicherung wirtschaftlich tragbar sein und sich somit in einem sehr engen Rahmen bewegen. In bisherigen Entscheiden hat der Bundesrat diesbezüglich zum Ausdruck gebracht, dass die wirtschaftliche Tragbarkeit für das Gesamtsystem gegenüber der betriebswirtschaftlichen Rechtfertigung des Tarifes grundsätzlich zu priorisieren ist (vgl. RKUV 2/1997, KV 5, S. 140). Nur ein für das Gesamtsystem tragbarer Tarif kann als «billig» gelten. Ebenfalls ist darauf zu achten, dass neben den Anforderungen an eine kostenneutrale Einführung auch die Kontrolle der Leistungsabrechnung möglich und durchführbar ist, um Mehrfachverrechnungen verhindern zu können.

Ebenfalls verweisen wir auf das Schreiben des Bundesrates an die Tarifpartner vom 3. Juni 2022 im Zuge der Nicht-Genehmigung von TARDOC, anlässlich dessen eine Konkretisierung zur statischen und dynamischen Kostenneutralität definiert worden ist.

Mit der Version 0.3 ist keine Kostenfolgeschätzung eingereicht worden, welche die Kostenfolgen der ambulanten Pauschalen bezogen auf das Abrechnungsvolumen der ambulanten Leistungen ausweisen würde. Folglich gibt es auch kein Kostenneutralitäts- und kein Monitoringkonzept, auf Basis dessen eine kostenneutrale Einführung ausgewiesen werden kann.

Bei der Beurteilung der Kostenneutralität gilt es zwei Arten zu unterscheiden<sup>2</sup>:

- Die *statische Kostenneutralität* bezieht sich auf ein gleiches Ausgangsjahr. Für ein gegebenes Datenjahr soll die neue Tarifstruktur – ceteris paribus - das gleiche Leistungsvolumen ergeben wie die abgelöste Tarifstruktur für dasselbe Jahr. Das Gesamtvolumen der statischen Kostenneutralität muss dabei gleichbleiben, es ist aber durchaus möglich, dass sich Verschiebungen der Verhältnisse einzelner Leistungen zueinander ergeben.

Für die ambulanten Pauschalen heisst dies, dass zum einen der Leistungsinhalt jeder Pauschale klar zu definieren und auszuweisen ist (bspw. mittels Warenkörbe), für eine klare Abgrenzung zu anderen Tarifwerken. Es sollte ebenfalls ein Mengengerüst pro Pauschale ausgewiesen werden, aufgesplittet nach den definierten Kategorien der ambulanten Leistungserbringer.

<sup>2</sup> Vgl. auch Schreiben des BAG an Tarifpartner vom 18. August 2014.

Für die Transkodierung der ärztlich / technischen Leistungen sind die Kostenkomponenten des ärztlichen Einzelleistungstarifs (TARMED/TARDOC) in die Kostenkomponenten der ambulanten Pauschalen zu überführen und darzustellen. Die Transkodierung der übrigen Kostenkomponenten der Pauschalen (Arzneimittel, Verbrauchsmaterial<sup>3</sup>, Leistungen aus der Liste für Mittel und Gegenstände (MiGel), Leistungen aus der Analyseliste (AL), Laborleistungen, andere Leistungskomponenten) ist ebenfalls darzustellen, die Volumina der Leistungsverchiebung müssen nachvollziehbar sein.

- Die *dynamische Kostenneutralität* betrachtet die Entwicklung des Leistungsvolumens nach Einführung eines neuen Tarifs von einem Jahr zum anderen und dies über einen längeren Zeitraum hinweg, im Minimum drei Jahre. Dies schliesst zwar nicht aus, dass die über einen bestimmten Tarif abgerechneten Leistungen innerhalb einer Bandbreite steigen oder sinken dürfen. Eine neue Tarifstruktur darf aber zu keinen Kostenerhöhungen führen, welche direkt auf die neue Tarifstruktur zurückzuführen sind. Damit wird dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit Nachdruck verliehen, wonach eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen ist und der Tarif nur die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen und transparent ausgewiesenen Kosten decken darf.

In Bezug auf die ambulanten Pauschalen heisst dies, dass alle Kostenkomponenten der Pauschalen in die dynamische Kostenneutralität einzubeziehen sind. Zudem sind für das Kostenneutralitäts- und Monitoringkonzept sowohl die Tarifstruktur als auch die Preiskomponente einzubeziehen. Für die Preiskomponente ist ein hypothetischer Basisfallpreis zu ermitteln und auszuweisen, falls gerechtfertigt, unterschiedlich nach Kanton/Region oder Leistungserbringerkategorie. Mit Berücksichtigung der Preiskomponente ist eine detaillierte Kostenfolgeschätzung auszuweisen.

Für die Sicherstellung der Vorgaben nach Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c KVV beinhaltet das Monitoring Ziel- und Korrekturgrössen bei Mehr- oder Minderkosten im Rahmen der Anwendung der Tarifstruktur. Das Monitoring umfasst die Struktur- und Preiskomponente des neuen Tarifs. Bei Abweichungen ist ein von den Tarifpartnern vereinbarter Korrekturprozess aufzustellen.

Falls die Einführung der ambulanten Pauschalen mit TARDOC gleichzeitig passieren würde, ist ein übergreifendes Kostenneutralitäts- und Monitoringkonzept einzureichen, welches die Kostenneutralität für beide Tarifstrukturen sicherstellt.

*Mit der Einführungsversion 1.0 des Patientenpauschaltarifs haben H+ und santésuisse ein vollständig neues Monitoringkonzept (Anhang F des Tarifstrukturvertrags) und Konzept zur Sicherstellung der Kostenneutralität (Anhang G des Tarifstrukturvertrags) vereinbart. Die Tarifpartner sind überzeugt, damit einerseits die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen und Mehrkosten im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Tarifwerks konsequent zu verhindern und andererseits die Qualität des Monitorings auf neues und bislang nicht erreichtes Niveau zu heben. Das Monitoring wird es erlauben, über die Einführungsphase hinaus, wertvolle Informationen über den ambulant ärztlichen Bereich zu liefern. H+ und santésuisse haben das Konzept durch das unabhängige Beratungsbüro BSS entwickeln lassen. Das Detailkonzept werden die Tarifpartner dem Genehmigungsgesuchs zur Tarifversion 1.0 beilegen.*



## 5. Kindermedizin

### 5. Kindermedizin

Die ambulanten Pauschalen müssen, auch die Kinder- und Jugendmedizin angemessen abbilden. Im Pauschalenkatalog V0.3 sind nur ca. 15 Pauschalen aufgeführt, welche sich explizit auf Kinder und/oder Jugendliche beziehen. Diese Altersplits für Kinder fallen dabei uneinheitlich aus, die Altersgrenze variiert zwischen 6 bis 18 Jahren.

Mit dieser geringen Anzahl an Pädiatrie-spezifischen Fallpauschalen stellen wir in Frage, ob die Kinder- und Jugendmedizin mit dem vorliegenden Fallpauschalenkatalog angemessen berücksichtigt wird. Für eine Version 1.0 muss differenziert erläutert werden, inwiefern die Besonderheit der Kinder- und Jugendmedizin bei den Fallpauschalen berücksichtigt worden ist. Eine spezifische Stellungnahme der Vertreter der Kinder- und Jugendspitäler ist einzuholen und auszuweisen.

*Siehe zur Kindermedizin die ausführliche Antwort zur entsprechenden Frage in Kapitel 2.*

## 6. Fazit zum materiellen Teil

### 6. Fazit zum materiellen Teil

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

- Einbezug der OP-Zentren und der niedergelassenen Ärzteschaft: Für eine Version 1.0 ist die repräsentative Abbildung aller Leistungserbringergruppen zu verbessern oder im Rahmen eines detaillierten Vorgehenskonzeptes darzulegen, wie der Einbezug umgesetzt werden kann.

<sup>3</sup> Insbesondere im Sinne der GI 20 im TARMED.

- 
- Sicherstellung der Repräsentativität bei den Spitaldaten: Die Repräsentativität der Spitaldaten ist sicher zu stellen, eine Übersicht zur Grundgesamtheit muss vorhanden sein.
  - Höhere Fallzahl für die Pauschalen: viele der Pauschalen weisen nur eine geringe Fallzahl auf.
  - Angemessene Berücksichtigung der Pädiatrie: Die Kinder- und Jugendmedizin ist angemessen abzubilden, von den Vertretern der entsprechenden Facharztgruppen sind Stellungnahmen einzuholen und auszuweisen.
  - Zweckmässigkeit der Pauschalen: Der Umfang des Fallpauschalenkataloges ist zu überprüfen, insbesondere diejenigen Pauschalen, welche hinsichtlich Kostenhomogenität und Anzahl Fallzahlen ungenügend sind.
  - Kostenneutrale Einführung: Mit der Version 1.0 ist ein detailliertes Kostenneutralitäts- und Monitoringkonzept einzureichen mit den Kostenkomponenten der Pauschalen und bezogen auf Struktur und Preis. Bei gleichzeitiger Einreichung mit TARDOC sind diese Konzepte übergreifend für beide Tarifstrukturen des ambulanten ärztlichen Tarifs darzulegen.

Den Tarifpartnern zu den ambulanten Pauschalen danken wir für ihr weiteres Engagement in der Entwicklung eines ambulanten Pauschaltarifs mittels eines kostenbasierten und leistungsorientierten Tarifsystems.

Freundliche Grüsse

Bundesamt für Gesundheit



Sandra Schneider  
Leiterin Abteilung Tarife und Grundlagen

Geht an:

- H+, Frau Anne-Geneviève Bütikofer, 3013 Bern, geschaeftsstelle@hplus.ch
- santésuisse, Frau Verena Nold, 4502 Solothurn, mail@santesuisse.ch

Kopie an:

- FMH, Elfenstrasse 18, Postfach 300, 3000 Bern 15, info@fmh.ch
- curafutura, Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern, info@curafutura.ch
- OAAT AG (remi.guidon@oaat-otma.ch)
- Eidgenössisches Departement des Innern, Inselgasse 1, 3003 Bern, stefan.honegger@gs-edi.admin.ch