

Berechnung der Starttaxpunktwerte und Steuerung der Kostenneutralität von TARMED (Vereinbarung zur Kostenneutralität)

Vereinbarung zwischen

FMH

H+

santésuisse

Präambel

¹ Die beteiligten Vertragsparteien wollen gemeinsam die kostenneutrale Einführung und Steuerung von TARMED im Bereich der obligatorischen Grundversicherung nach KVG für ambulante Leistungen sicherstellen. Zu diesem Zwecke sorgen sie für die Bestimmung kostenneutraler Start-Taxpunktwerte (S-TPW) pro Kanton/Region je getrennt für die Leistungen in freier Arztpraxis und für die ambulanten Leistungen in den Spitälern/Vertragsgemeinschaften. Die Vertragsparteien kontrollieren während einer Einführungsphase von 18 Monaten die finanziellen Auswirkungen von TARMED. Sollten sie feststellen, dass die Einführung der neuen Tarifstruktur im beobachteten Bereich einen Kostenschub bzw. eine Kostensenkung zur Folge hat, sehen sie mit bestimmten, in diesem Anhang umschriebenen, kurzfristig umsetzbaren Massnahmen die Einhaltung der Kostenneutralitätsvorgabe vor.

² Diese Vereinbarung stützt sich auf das Protokoll der Sitzung der beteiligten Partner mit dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) und dem Bundesamt für Justiz (BJ) vom 5. Juni 2001. Aus diesem Protokoll geht insbesondere hervor, dass unterjährige Korrekturen der Tarifstruktur nicht dem Bundesrat resp. Korrekturen der Taxpunktwerte (TPW) im Rahmen des Konzeptes nicht den Kantonsregierungen zur Genehmigung vorgelegt werden müssen, wenn das Umsetzungskonzept in Form einer vertraglichen Vereinbarung als Teil der beiden Rahmenverträge vom Bundesrat bzw. als Teil der kantonalen Tarifverträge durch die kantonalen Regierungen genehmigt worden ist.

³ Die Vertragsparteien sind sich bewusst, dass die vorliegende Vereinbarung nicht alle Punkte und Eventualitäten einer kostenneutralen Einführung und Steuerung von TARMED umfassend, detailliert und abschliessend beschreiben und regeln kann. Die Vertragspartner verpflichten sich, das Prinzip der kostenneutralen Einführung und Steuerung von TARMED zu anerkennen und gemeinsam umzusetzen sowie bei auftretenden Problemen rasche und pragmatische Lösungen zu suchen.

⁴ Der vorliegende Anhang gliedert sich in folgende Teile:

A) Starttaxpunktwerte

1. Berechnung der Starttaxpunktwerte

B) Technische Aspekte der Kostenneutralität

2. Begriff der Kostenneutralität

3. Kontrolle der Kostenneutralität

4. Korrekturmassnahmen bei Verletzung der Kostenneutralität

C) Organisatorische Aspekte der Umsetzung der Kostenneutralität

5. Aufgaben des Kostenneutralitätsbüros tm

6. Zusammensetzung des Kostenneutralitätsbüros tm

7. Kontrolle und Berechnungen der TPW

8. Anträge betr. Änderung der Tarifstruktur

9. Sitzungen des Kostenneutralitätsbüros tm

10. Anhörung

11. Beschlussfassung des Kostenneutralitätsbüros tm

12. Finanzierung des Kostenneutralitätsbüros tm

13. Behördliche Genehmigung der Vereinbarung zur Kostenneutralität

14. Vollzug

15. Rechtsmittel

16. Inkrafttreten

D) Technische Definitionen

17. Einführungsphase

18. Kostenneutralitätsphase

19. Leistungsbasis (Dividend)

20. Bezugsgrösse (Divisor)

21. Vergleichsbasis (Sollkosten)

22. Korrekturfaktoren

23. Kontrollmechanismus

24. Toleranzbandbreite

25. Datenbasis

26. Korrekturmechanismus

27. Letzte Korrektur

28. Korrekturbandbreite

29. Region

30. Leistungserbringerbereiche

E) Eckdaten

31. Übersicht der vereinbarten Eckdaten

32. Vorrang der deutschen Version der Vereinbarung

A) Starttaxpunktswerte

1. Berechnung der Starttaxpunktswerte

¹ Die Berechnung der S-TPW erfolgt kantonal oder regional (Region vgl. Ziff. 29). Die Parteien verpflichten sich, bei der Berechnung der S-TPW sowohl gegenüber den Spitälern als auch gegenüber den in freier Praxis tätigen Ärzten (Leistungserbringerbereiche, vgl. Ziff. 30) die gleichen Grundsätze anzuwenden. Allfällige Abweichungen von diesen Grundsätzen sind zu begründen.

² Die Berechnung der S-TPW für die Leistungen in freier Arztpraxis erfolgt nach der Transkriptionsmethode (z.B. New Index). Die Berechnung der S-TPW für die ambulanten Leistungen in den Spitälern/Vertragsgemeinschaften erfolgt nach der von H+ und santésuisse gemeinschaftlich entwickelten Methode.

³ Ausgangslage und Resultate der S-TPW-Berechnungen sind zu dokumentieren.

B) Technische Aspekte der Kostenneutralität

2. Begriff der Kostenneutralität

¹ Kostenneutralität beinhaltet zwei Zielsetzungen:

- Die TPW sollen spätestens am Ende der Einführungsphase (vgl. Ziff. 17) auf der bezüglich Kostenneutralität richtigen Höhe festgesetzt sein.
- Die in der Kostenneutralitätsphase (vgl. Ziff. 18) von TARMED durch die KVG-Versicherer bezahlten Brutto-Kosten aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG für ambulante Leistungen (Leistungsbasis, vgl. Ziff. 19) sollen in den entsprechenden Leistungserbringerbereichen den festgelegten Sollkosten (Vergleichsbasis, vgl. Ziff. 21) pro Versicherten und pro Monat (Bezugsgrösse, vgl. Ziff. 20) entsprechen.

² Zur Berücksichtigung der sektoriellen Kostensteigerung durch neue Pflichtleistungen, medizinischen Fortschritt oder demographische Veränderungen wird für die Zeit zwischen dem Basisjahr (vgl. Ziff. 21) und dem Einführungsjahr (vgl. Ziff. 17), sowie für die Einführungsphase je ein separater Korrekturfaktor bestimmt (Korrekturfaktoren vgl. Ziff. 22). Beide Korrekturfaktoren werden vorgängig jeweils für jeden Leistungserbringerbereich festgelegt. Die Systematik der Berechnung der Korrekturfaktoren ist für beide Leistungserbringerbereiche gleich.

³ Die Kostenneutralität gilt je Kanton/Region und innerhalb der Kantone/Regionen je getrennt für jeden Leistungserbringerbereich. Die gesamtschweizerische Kostenneutralität leitet sich aus der Summe der kantonalen/regionalen Kostenneutralitäten ab.

3. Kontrolle der Kostenneutralität

¹ Die Kontrolle der Kostenneutralität erfolgt während der Kostenneutralitätsphase über eine pro Bezugsgrösse durchgeführte monatliche Soll-Ist-Abweichungsprüfung des Kostenvolumens gemäss Leistungsbasis (Kontrollmechanismus, vgl. Ziff. 23), wobei vorgängig eine gesamtschweizerisch einheitliche Toleranzbandbreite (vgl. Ziff. 24) festgelegt wird, innerhalb derer keine Korrekturen vorzunehmen sind. Ausnahmsweise können die Vertragsparteien für einzelne Kantone abweichende

Toleranzbandbreiten festlegen. Bei der letzten Korrektur (vgl. Ziff.27) ist die Toleranzbandbreite ohne Bedeutung.

² Die entsprechenden Berechnungen basieren auf Auswertungen aus dem santésuisse-Datenpool (Datenbasis, vgl. Ziff. 25), wobei von den Leistungserbringern erhobene Datenreihen in die Beurteilung mit einzubeziehen sind (z.B. interkantonale Verschiebungen oder Verschiebungen zwischen Leistungserbringerbereichen). Den Tarifpartnern ist gegenseitig Daten- und Berechnungstransparenz zu gewähren.

4. Korrekturmassnahmen bei Verletzung der Kostenneutralität

¹ Werden die obgenannten Bedingungen der Kostenneutralität in einem bestimmten Teilbereich (pro Kanton/Region für einen Leistungserbringerbereich) verletzt, so erfolgt eine Anpassung des entsprechenden kantonalen/regionalen TPW innerhalb einer vorgegebenen Korrekturbandbreite (vgl. Ziff. 28). Reicht diese Korrekturbandbreite nicht aus, muss der notwendige neue TPW durch die betroffenen Verbände vereinbart und von den kantonalen Behörden genehmigt werden. Bis zur Genehmigung gilt pro Kanton die maximal mögliche Korrektur. Die durch die verzögert eingetretene Korrektur zuviel oder zuwenig bezahlten Leistungen werden durch eine zeitlich befristete Überkorrektur entsprechend kompensiert.

² Wird die Einhaltung der Kostenneutralität durch tarifstrukturelle Probleme beeinträchtigt (z.B. isolierte Mengenausweitung von einzelnen Leistungen oder von Gruppen von Leistungen; Tarifunwuchten bei bestimmten Gruppen von Leistungserbringern etc.), so kann das Kostenneutralitätsbüro tm auf Basis eines datengestützten Antrags von FMH, H+ oder santésuisse einen dringlich zu behandelnden Antrag an die Nachfolgeorganisation (NFO) zur Strukturanpassung stellen. Über Anpassungen an der Tarifstruktur entscheidet die NFO. Dabei ist zu beachten, dass im Bereich KVG jederzeit gesamtschweizerisch die gleiche Tarifstruktur zur Anwendung gelangen muss.

C) Organisatorische Aspekte der Umsetzung der Kostenneutralität

5. Aufgaben des Kostenneutralitätsbüros tm

¹ Das Kostenneutralitätsbüro tm analysiert gesamtschweizerisch während der Einführungsphase gemäss Vorgaben unter Teil B dieser Vereinbarung die Auswirkungen von TARMED in Bezug auf die Kostenneutralität im Bereich der obligatorischen Grundversicherung nach KVG für ambulante Leistungen und ist für allfällige Korrekturmassnahmen verantwortlich. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben:

- monatliche Analyse und rechnerische Kontrolle der Vorgaben zur Kostenneutralität je Kanton/Region
- maximal monatliche Berechnung der allenfalls zu korrigierenden kantonalen TPW
- allfällige Entscheide betr. Anpassung der TPW und begründete Mitteilungen an die kantonalen Vertragsparteien
- Prüfung von datengestützten Anträgen auf Anpassung der Tarifstruktur
- Stellen allfälliger dringlicher Anträge an die NFO zu Tarifstrukturanpassungen

² Das Kostenneutralitätsbüro tm entscheidet über Auslegungsfragen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Kostenneutralität. Seine Interpretationen

sind für alle Vertragsparteien, d.h. für alle Ärzte, Spitäler und Versicherer, die dem Rahmenvertrag beigetreten sind, verbindlich.

6. Zusammensetzung des Kostenneutralitätsbüros tm

¹ Das Kostenneutralitätsbüro tm setzt sich zusammen aus:

- Zwei Vertretern von FMH,
- zwei Vertretern von H+,
- zwei Vertretern von santésuisse,
- zwei ständigen Vertretern der SDK im Beobachterstatus,

² Zusätzlich können folgende Organisationen auf Einladung als Beobachter an den Sitzungen des Kostenneutralitätsbüros tm mit je maximal einem Vertreter teilnehmen:

- EDI / BSV
- Preisüberwachung.

³ Jede Organisation bestimmt ihre Vertreter selbst. Die delegierenden Organisationen sind dafür besorgt, dass ihre Vertreter über die notwendigen Handlungs- und Entscheidungskompetenzen verfügen.

7. Kontrolle und Berechnungen der TPW

¹ Die monatliche Analyse und Kontrolle der Kostenneutralität gemäss Ziff. 3 sowie allfällige Berechnungen korrigierter TPW bedürfen der Mitwirkung von santésuisse und FMH im Bereich des TPW für Leistungen in freier Arztpraxis, resp. der Mitwirkung von santésuisse und H+ für den Bereich des TPW für ambulante Leistungen in Spitälern.

² Die Resultate der durchgeführten Analysen und Berechnungen sowie die entsprechenden Empfehlungen werden mit den Traktanden für die jeweils nächste Sitzung des Kostenneutralitätsbüros tm an alle Sitzungsteilnehmer verschickt.

8. Anträge betr. Änderung der Tarifstruktur

¹ FMH, H+ und santésuisse können Anträge auf Änderung der Tarifstruktur stellen. Die Anträge müssen datengestützt sein und aufzeigen, dass die entsprechenden tarifstrukturellen Probleme in mehreren Kantonen/Regionen auftreten.

² Anträge sind mindestens 20 Tage vor der nächsten Sitzung den Mitgliedern des Kostenneutralitätsbüros tm schriftlich und dokumentiert einzureichen. Abgelehnte Anträge können erneut gestellt werden. Das Kostenneutralitätsbüro tm prüft die gestellten Anträge und leitet sie allenfalls als dringliche Anträge an die NFO weiter.

9. Sitzungen des Kostenneutralitätsbüros tm

¹ Das Kostenneutralitätsbüro tm trifft sich während der Einführungsphase von TARMED einmal monatlich zu einer gemeinsamen Sitzung. Die Sitzungen finden jeweils am dritten Donnerstag jedes Monats statt. Von den Sitzungen wird ein Beschlussprotokoll erstellt.

² Die Sitzungen werden jeweils von einem Vertreter der FMH, H+ oder santésuisse während jeweils 6 Monaten präsiert. Die ersten 6 Monate werden von einem Vertreter von santésuisse, die zweiten 6 Monate von einem Vertreter der FMH, die

letzten 6 Monate von einem Vertreter von H+ präsidiert. Die jeweiligen Präsidenten rekrutieren sich aus den Vertretern des Kostenneutralitätsbüros tm.

³ Die Einladung, die Traktanden und das Protokoll werden jeweils vom Vorsitzenden der entsprechenden Sitzung verschickt. Einladung und Traktanden müssen mindestens 1 Woche vor der Sitzung bei den Mitgliedern eintreffen. Das Büro organisiert sich im Weiteren selbst.

10. Anhörung

¹ Die von einer TPW-Korrektur betroffenen kantonalen Vertragsparteien müssen vom Kostenneutralitätsbüro tm vor dem Entscheid angehört werden.

² Das Kostenneutralitätsbüro tm stellt den betroffenen kantonalen Vertragsparteien die Resultate der durchgeführten Berechnungen sowie die entsprechenden TPW-Empfehlungen mindestens 1 Woche vor der Sitzung des Kostenneutralitätsbüros tm per e-Mail zu.

³ Die kantonalen Vertragsparteien haben ihre Stellungnahme innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Erhalt der Unterlagen an das Kostenneutralitätsbüro tm und an sämtliche Vertragsparteien per e-Mail zu senden.

⁴ Ausnahmsweise können die kantonalen Vertragsparteien ihre schriftliche Stellungnahme dem Kostenneutralitätsbüro tm mündlich erläutern.

⁵ Jede Vertragspartei ist dafür verantwortlich, dass das Kostenneutralitätsbüro tm im Besitz der aktuellen elektronischen Adresslisten der jeweiligen kantonalen Vertragsparteien ist.

11. Beschlussfassung des Kostenneutralitätsbüros tm

¹ FMH, H+ und santésuisse haben je ein Stimmrecht. Die Beobachter haben kein Stimmrecht.

² Die Beschlüsse des Kostenneutralitätsbüros tm betreffend dringlicher Weiterleitung von Anträgen zur Anpassung der Tarifstruktur an die NFO bedürfen der Einstimmigkeit, d.h. der Zustimmung von FMH, H+ und santésuisse.

³ Das Kostenneutralitätsbüro tm berechnet und beschliesst allfällige TPW-Korrekturen. Die Systematik der Korrekturen muss bei den verschiedenen Leistungserbringerbereichen gleich sein. Allfällige TPW-Korrekturen werden allen Parteien offengelegt. Die Beschlussfassung erfolgt jeweils durch die betroffenen Parteien. Im Bereich der Leistung in freier Arztpraxis ist die Zustimmung von FMH und santésuisse, im Bereich der ambulanten Leistungen in den Spitälern von H+ und santésuisse erforderlich.

⁴ Das Kostenneutralitätsbüro tm teilt den jeweiligen kantonalen Vertragspartnern seine begründete Entscheide betreffend Höhe und Zeitpunkt des Inkrafttretens des korrigierten TPW elektronisch mit.

12. Finanzierung des Kostenneutralitätsbüros tm

¹ Jede beteiligte Organisation trägt die Arbeitsbelastung, die ihr aus der Teilnahme und Mitwirkung im Kostenneutralitätsbüro tm entstehen, in zeitlicher und finanzieller Hinsicht selbst. Das selbe gilt für die Durchführung entsprechender Analysen.

² Das Beibringen entsprechender Statistiken und Analysen bleibt für die übrigen Partner ohne Kostenfolge. Über Anträge zu externen Studien und Analysen, den

Beizug von Experten oder die Entwicklung von gemeinsamen Instrumenten ist gemeinsam zu entscheiden.

13. Behördliche Genehmigung der Vereinbarung zur Kostenneutralität

Diese Vereinbarung ist sowohl dem Bundesrat als auch sämtlichen kantonalen Genehmigungsbehörden zusammen mit den kantonalen Verträgen zu unterbreiten. Die kantonalen Genehmigungsbehörden akzeptieren mit der Genehmigung der Vereinbarung die Grundsätze für die Festlegung der S-TPW und akzeptieren ausdrücklich die Anpassungen der kantonalen/regionalen Taxpunktweite innerhalb der vorgegebenen Korrekturbandbreite und die zeitlich limitierte Festsetzung der TPW nach Ablauf der Einführungsphase (Kompensation Kostenüber-/unterdeckung, vgl. Ziff 22 Abs. 4). Die Anpassungen der kantonalen/regionalen TPW gemäss dieser Vereinbarung müssen deshalb nicht mehr der kantonalen Regierung zur Genehmigung unterbreitet werden.

14. Vollzug

¹ Die vom Kostenneutralitätsbüro tm bekanntgegebenen neuen TPW für Ärzte oder Spitäler treten in den betroffenen Kantonen/Regionen jeweils auf den ersten Kalendertag des der Bekanntgabe folgenden Monats in Kraft. Für die Anwendung der korrigierten Taxpunktweite gilt das jeweilige Behandlungsdatum.

² Im Fall korrigierter TPW und allfälliger Strukturanpassungen besteht kein Rechtsanspruch auf eine Rückkompensation. Davon ausgenommen sind die Fälle gemäss Ziff. 4 Abs.1, Ziff. 22 Abs. 4 und Ziff. 27 Abs. 2.

³ Die von der NFO beschlossene neue Tarifstruktur tritt in allen Kantonen/Regionen zu dem von der NFO beschlossenen Zeitpunkt in Kraft. Für die Anwendung der korrigierten Struktur gilt das jeweilige Behandlungsdatum.

15. Rechtsmittel

¹ Die Änderungen der TPW im Rahmen dieser Vereinbarung sind den kantonalen Regierungen nicht zu unterbreiten (vgl. Ziff. 13).

² Die Entscheide des Kostenneutralitätsbüros tm können nicht angefochten werden.

16. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt gleichzeitig mit den Rahmenverträgen FMH-santésuisse und H+-santésuisse in Kraft. Kommt einer der beiden Rahmenverträge nicht zustande, so tritt auch diese Vereinbarung nicht in Kraft.

D) Technische Definitionen

17. Einführungsphase

¹ Die Einführungsphase beginnt mit dem im Rahmenvertrag genannten gesamtschweizerischen Einführungstermin von TARMED und dauert 18 Monate. Das erste Kalenderjahr der Einführungsphase wird Einführungsjahr genannt. Das Kalenderjahr, das dem Einführungsjahr folgt, wird Folgejahr genannt.

² Die NFO beurteilt bei Änderungen der Tarifstruktur, ob diese für die jeweiligen Leistungserbringerbereiche abrechnungstechnisch wesentlich sind. Als

abrechnungstechnisch wesentlich gelten Änderungen, welche auf Basis der zugrundegelegten Häufigkeiten eine voraussichtliche Änderung des Taxpunktvolumens von mehr als 2% bewirken. In diesem Fall beginnt die Einführungsphase im entsprechenden Leistungserbringerbereich von Neuem. Die neue Einführungsphase beginnt in dem Zeitpunkt, in dem die neue Tarifstruktur in Kraft tritt. Die Bestimmungen dieser Vereinbarung sind analog anwendbar.

18. Kostenneutralitätsphase

¹ Die Kostenneutralitätsphase umfasst die für die rechnerische Kontrolle der Kostenneutralitätsvorgaben massgebenden Monate. Die Kostenneutralitätsphase erstreckt sich vom April des Einführungsjahres bis zum April des Folgejahres.

19. Leistungsbasis (Dividend)

¹ Zur Leistungsbasis zählen aus statistischen und abgrenzungstechnischen Gründen sämtliche durch die Versicherer bezahlten monatlichen Brutto-Kosten aus OKP (ambulante TARMED-Leistungen sowie Analysen, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Mittel und Gegenstände und Medikamente) für die dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer pro Kanton/Region und pro Leistungserbringergruppe, abgegrenzt nach Abrechnungsdatum beim Versicherer.

² Soweit Leistungen in den Bereichen Analysen, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Mittel und Gegenstände und Medikamente mit geeigneten und plausibilisierten statistischen Methoden von den rein ärztlichen Leistungen ausscheidbar sind, können entsprechende Abgrenzungen bei der Bestimmung der Leistungsbasis vereinbart werden.

³ Ausgeklammert werden besondere Versicherungsformen mit Pauschalentschädigung. Falls die Abrechnungsmodalitäten (Tiers Garant/Tiers payant; Abrechnung von teilstationären Behandlungen; Abrechnung der Belegärzte) zwischen Basisjahr und Einführungsjahr geändert werden, ist dies bei der Bemessung der Leistungsbasis entsprechend zu berücksichtigen.

20. Bezugsgrösse (Divisor)

Als Bezugsgrösse dient die Anzahl Versicherte pro Wohnkanton/-region und Versicherte monnat (gemäss santésuisse-Datenpool). Ausgeklammert werden Versicherte in besonderen Versicherungsformen mit Pauschalentschädigung.

21. Vergleichsbasis (Sollkosten)

Als Vergleichsbasis (Sollkosten) dient das Jahr 2001, bereinigt um den Korrekturfaktor gemäss Ziff. 22. Das Jahr 2001 wird als Basisjahr bezeichnet.

22. Korrekturfaktoren

¹ Zur Berücksichtigung der sektoriellen Kostensteigerung durch neue Pflichtleistungen, medizinischen Fortschritt oder demographische Veränderungen wird für die Zeit zwischen dem Basisjahr (= 2001) und dem Einführungsjahr sowie für die Einführungsphase je ein separater Korrekturfaktor bestimmt.

² Für die Phase zwischen Basisjahr und Einführungszeitpunkt TARMED wird
· für den Bereich Leistungen in freier Praxis eine konstante gesamtschweizerisch einheitliche jährliche Kostensteigerung x_1 von Fr. x.xx pro Versicherten vereinbart (gem. sep. Beiblatt).

- für den Bereich ambulante Leistungen in den Spitälern/Vertragsgemeinschaften pro Kanton eine jährliche Kostensteigerung x_1 von Fr. x.xx pro Versicherten vereinbart (gem. sep. Beiblatt).

x_1 basiert auf der Kostenentwicklung der Jahre 1997 bis 2001. Die Kosten des Basisjahres, korrigiert um den Korrekturfaktor x_1 , ergeben die Sollkosten. Als Basis für die entsprechenden Berechnungen gilt der effektive Ausgangswert ohne Berücksichtigung der Toleranzbandbreite.

³ Für die Zeitdauer der Einführungsphase TARMED wird pro Leistungserbringerbereich eine konstante gesamtschweizerisch einheitliche jährliche Kostensteigerung x_2 von Fr. x.xx pro Versicherten vereinbart (gem. sep. Beiblatt). Diese Kostensteigerung wird erst nach Ablauf der Einführungsphase gewährt und gilt nicht rückwirkend.

⁴ Eine allfällig verbleibende Differenz zwischen Ist- und Sollkosten pro Kanton und Leistungserbringerbereich während der Kostenneutralitätsphase wird über eine vorübergehende, grundsätzlich bis Ende des Folgejahres befristete Anpassung des Korrekturfaktors x_2 verrechnet. Dabei können die Vertragsparteien erhobene Daten in die Überlegungen einbeziehen.

23. Kontrollmechanismus

¹ Das Tarifbüro tm kontrolliert die Kostenneutralität monatlich.

² Bei der ersten Prüfung werden die Kosten des Monats April des Einführungsjahres mit den um den Korrekturfaktor x_1 korrigierten Kosten des Monats April des Basisjahres (Sollkosten) verglichen.

³ Bei der zweiten Prüfung wird das mit dem aktuell gültigen TPW multiplizierte Taxpunktvolumen der Monate April und Mai des Einführungsjahres mit den um den Korrekturfaktor x_1 korrigierten Kosten der Monate April und Mai des Basisjahres (Sollkosten) verglichen.

⁴ Diese Vergleichsmethode wird so weitergeführt, bis je 12 Monate miteinander verglichen werden: Das mit dem aktuell gültigen TPW multiplizierte Taxpunktvolumen der Monate April bis Dezember des Einführungsjahres und der Monate Januar bis März des Folgejahres wird mit der Summe der um den Korrekturfaktor x_1 korrigierten Kosten aller 12 Monate des Basisjahres verglichen.

⁵ Danach wird ein letztes Mal verglichen. Es werden die Monate Mai bis Dezember des Einführungsjahres und Januar bis April des Folgejahres mit allen Monaten des Basisjahres verglichen.

24. Toleranzbandbreite

¹ Liegt die Kostenabweichung gemäss Kontrollmechanismus (Ziff. 23) innerhalb der gesamtschweizerisch einheitlichen Toleranzbandbreite, wird keine Korrektur des TPW vorgenommen. Liegt sie ausserhalb, ist eine Korrektur vorzunehmen.

² Die Toleranzbandbreite verläuft trichterförmig. Die obere und die untere Grenze der Toleranzbandbreite entsprechen den Sollkosten plus bzw. minus t % der Sollkosten. t beträgt im ersten Monat der Kostenneutralitätsphase +/- 8%, im zweiten Monat +/- 6% und im dritten Monat +/- 4%. Ab dem vierten Monat der Kostenneutralitätsphase ist t stabil und beträgt +/- 2%.

³ Die Sollkosten jedes Monats entsprechen den Kosten des entsprechenden Monats des Basisjahres, korrigiert um den Korrekturfaktor x_1 .

25. Datenbasis

Für das Controlling werden die von santésuisse aus dem santésuisse-Datenpool monatlich aufbereiteten Daten verwendet.

26. Korrekturmechanismus

Muss eine Korrektur vorgenommen werden, so wird der neue TPW so angesetzt, dass das kumulierte Taxpunktvolumen, gewichtet mit dem neuen TPW, die Sollkosten erreichen würde. Der neue korrigierte TPW muss innerhalb der Korrekturbandbreite liegen.

27. Letzte Korrektur

¹ Auf Basis des letzten Vergleichs (vgl. Ziff. 23 Abs. 5) wird die letzte Korrektur im Rahmen dieser Vereinbarung vorgenommen (vorbehalten bleibt Ziff. 17 Abs. 2). Unabhängig davon, ob die Kostenabweichung innerhalb der Toleranzbandbreite liegt oder nicht, wird der Taxpunktwert auf jeden Fall so angesetzt, dass das kumulierte Taxpunktvolumen, gewichtet mit dem neuen TPW, die Sollkosten erreicht.

² Der ermittelte Taxpunktwert wird gemäss dem Verfahren von Ziff. 22 Abs. 4 vorübergehend korrigiert und tritt nach Ablauf der in Ziff. 22 Abs. 4 erwähnten Frist in Kraft. Der neue TPW sowie der vorübergehend gültige Taxpunktwert müssen innerhalb der Korrekturbandbreite liegen.

28. Korrekturbandbreite

Die TPW dürfen nur innerhalb einer gesamtschweizerisch gültigen maximalen Korrekturbandbreite von +/- 7% der jeweiligen S-TPW angepasst werden. (Ausnahme vgl. Ziff. 4)

29. Region

Wenn die beteiligten Gesundheitsdirektionen sowie die beteiligten Vertragsparteien einverstanden sind, können sich mehrere Kantone und/oder Halbkantone zu Regionen zusammenschliessen. In diesem Fall werden für die Kostenneutralität gewichtete Mittelwerte gebildet.

30. Leistungserbringerbereiche

Als Leistungserbringerbereiche gelten je Kanton/Region die in freier Arztpraxis und ambulant in den Spitälern erbrachten Leistungen. Bei den Spitälern können die pro Kanton / Region bestehenden Vertragsgemeinschaften (z.B. Unispital, Subventionierte Spitäler, Privatspitäler) als separate Leistungserbringerbereiche betrachtet werden.

E) Eckdaten

31. Übersicht der vereinbarten Eckdaten

- Einführungsphase 18 Monate
- Kostenneutralitätsphase 13 Monate
- Vergleichsbasis Jahr 2001
- Toleranzbandbreite
 - zu Beginn +/- 8 % der Sollkosten
 - nach vier Monaten +/- 2 % der Sollkosten
- Korrekturbandbreite +/- 7 % des S-TPW
- Kostensteigerungsrate x_1 Aerzte (2,5% von Kosten ganze Schweiz 2001, in Fr. pro versicherte Person, gesamtschweizerisch einheitlich, gem. sep. Beiblatt)
- Kostensteigerungsrate x_1 Spital (in %¹ von Kosten kantonal 2001, in Fr. pro versicherte Person, kantonal unterschiedlich gem. sep. Beiblatt)
- Kostensteigerungsrate x_2 Aerzte (1,5% der Sollkosten ganze Schweiz, in Fr. pro versicherte Person, gesamtschweizerisch einheitlich, gem. sep. Beiblatt)
- Kostensteigerungsrate x_2 Spital (2,4% der Sollkosten ganze Schweiz, in Fr. pro versicherte Person, gesamtschweizerisch einheitlich, gem. sep. Beiblatt)

32. Vorrang der deutschen Version der Vereinbarung

Diese Vereinbarung wird auf französisch übersetzt. Bei Auslegungsfragen und Unklarheiten ist der deutsche Text massgebend.

¹ Kostensteigerungsrate x_1 Spital wird auf Basis der durchschnittlichen kantonalen Kostenentwicklung der Jahre 1997 bis 2001 durch die kantonalen Verhandlungspartner festgelegt.

Bern / Solothurn, den 5. Juni 2002

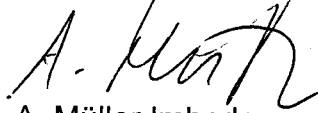
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

Der Präsident



H.H. Brunner

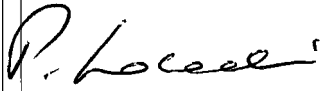
Die Generalsekretärin



A. Müller Imboden

H+ Die Spitäler der Schweiz

Der Präsident



P. Saladin

Die Geschäftsführerin



U. Grob

santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer

Der Präsident



Ch. Brändli

Der Direktor



M.-A. Giger