

Anhang 1

Konzept kostenneutrale Überführung (inkl. Nachkorrekturen und Ausgleich) Arztarief Schweiz TARDOC V1.3.1

1 Ausgangslage

Die ats-tms AG erarbeitete mit den darin vertretenen Gesellschaftern die neue nationale Einzelleistungs-Tarifstruktur TARDOC V1.3.1, die die seit 2004 bestehende Tarifstruktur Tarmed bzw. die aktuell gültige Version TARMED V1.09_BR ablösen soll.

Auf Grund der namhaften Veränderungen gegenüber der aktuell gültigen Tarifstruktur sind sich die Tarifpartner einig, dass es sich bei der Einführung von TARDOC 1.3.1 um einen Wechsel des Tarifmodells handelt. Dies hat zur Folge, dass der Tarifvertrag bzw. der neue Tarif den Grundsatz von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV erfüllen muss, wonach ein Wechsel des Tarifmodells allein keine Mehrkosten verursachen darf. Das vorliegende Konzept beschreibt die kostenneutrale Überführung von Tarmed V1.09_BR zu TARDOC V1.3.1 gemäss Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV für allfällige Mehr- oder Minderkosten sowie das diesem Zweck dienende Monitoring (inkl. Nachkorrekturen und Ausgleich) unter Berücksichtigung der Genehmigungsbedingungen des Bundesrats (Schreiben vom 3. Juni 2022).

Die Tarifpartner bekennen sich zur **Trennung von Struktur und Preis**: Sie pflegen in einer gemeinsamen Organisation auf nationaler Ebene die Tarifstruktur, die die einzelnen Tarifpositionen mit ihrem relativen Gewicht enthält (Taxpunkte). Die Festlegung der Taxpunktwerte obliegt den Tarifpartnern in der UV/IV/MV auf nationaler, in der OKP jedoch auf regionaler, in der Regel kantonaler Ebene, d.h. den Organisationen der Leistungserbringer und denjenigen der Kostenträger, die dafür mandatiert sind. Es ist diesen Organisationen zu überlassen, wie sie den Taxpunktwert vereinbaren, den sie dann den Kantonen zur Genehmigung unterbreiten.

Aus der Trennung von Struktur und Preis ergibt sich, dass die Kostenneutralität des Tarifwechsels zum Zeitpunkt des Tarifwechsels am Volumen der verrechneten Taxpunkte gemessen werden muss, die im Kontext der Einführung von TARDOC V1.3.1 grundsätzlich – ceteris paribus – gleichbleiben soll. Das BAG stellt zudem die von den Tarifpartnern nachvollziehbare Forderung, dass die Taxpunktwerte beim Tarifwechsel und während der Kostenneutralitätsphase unverändert bleiben, damit die auf Ebene der Tarifstruktur erreichte Kostenneutralität nicht über die Taxpunktwerte aufgehoben wird (vgl. Prüfbericht des BAG v. 9. November 2020, Seite 74). Hierbei sind die Tarifpartner (Einkaufs- und Ärztegesellschaften) sowie die Kantone als Genehmigungs- bzw. Festsetzungsbehörde in der Pflicht.

2 Sicherstellen der taxpunkt volumen-neutralen Überführung mittels External Factor (EF)

Für die kostenneutrale Überführung werden die Tarifpositionen der neuen Tarifstruktur mit einem Faktor («External Factor», EF) auf ein taxpunkt volumen-neutrales Niveau gekürzt. Dies geschieht im Einführungsjahr von TARDOC V1.3.1. Der Prozess sieht im Detail wie folgt aus:

2.1 Transcodierung und Berechnung des durch die Revision des Tarifs verursachten Taxpunkt-Mehrvolumens

Um eine Schätzung über das mit TARDOC generierte Taxpunkt volumen zu erhalten, wird eine Transcodierung vom Tarmed in den neuen Tarif gemacht. Dafür wird für jede Tarifposition des bisherigen Tarifs Tarmed 1.09_BR

festgehalten, über welche neue(n) Tarifposition(en) des TARDOC V1.3.1 diese Leistung zukünftig abgerechnet wird. Dieses Vorgehen erlaubt eine Abschätzung über das zukünftig unter dem neuen Tarif zu erwartende Taxpunktvolumen.

Das abgeschätzte Taxpunktvolumen unter TARDOC V1.3.1 wird anschliessend mit dem Taxpunktvolumen der Basisperiode unter Tarmed V1.09_BR in Relation gesetzt, um den External Factor EF zu bestimmen.

$$EF = \frac{\sum_{pos}(Menge_{alt} \times Taxpunkt_{alt})}{\sum_{pos}(Menge_{neu} \times Taxpunkt_{neu})}$$

2.2 Verwendung des External Factor (EF)

Das Konzept sieht vor, die Taxpunkte der Einzelpositionen der Tarifstruktur unverändert zu belassen. Der External Factor wird zu jeder Tarifposition in der Tarifstruktur bzw. im Browser angezeigt und auf den Fakturen der Leistungserbringer ausgewiesen. Im einheitlichen Rechnungsformular werden die bereits heute bestehenden Ziffern fAL (Forum Datenaustausch XML 4.5: external_factor_mt) sowie fTL (external_factor_tt) verwendet. Da ein einheitlicher External Factor zur Anwendung gelangt, sind fAL und fTL identisch.

Tabelle 1: External Factor (EF)» am Beispiel AF.0001 Ärztliche Konsultation, erste 5 Min.

	AL	IPL (TL)	Wert
AA.00.0010			
Taxpunkt	12.74	10.42	
External Factor			0.82
Taxpunktwert			0.89
Endbetrag	9.30	7.60	16.90

Der EF ist integraler Bestandteil der Tarifstruktur und gemäss Anhang zum Grundvertrag TARDOC tarifpartnerschaftlich vereinbart. Veränderungen des EF können nur durch die Vertragspartner vorgenommen werden.

3 Ziele und Grundlagen für das Monitoring mit Nachkorrekturen und Ausgleich

3.1 Ziele des Monitorings

Folgende Zielsetzungen werden mit dem Monitoring verfolgt:

3.1.1 Leistungsziele

Nr.	Beschreibung
1	Das Monitoring trägt als Bestandteil des Tarifgesuchs und integraler Bestandteil des Grundvertrages dazu bei, dass die wirtschaftlichen Risiken der neuen Tarifstruktur während der vereinbarten Zeitperiode geeignet überwacht und bei Eintreten korrigiert werden können
2	Die Tarifpartner können sich auf transparent vereinbarte Regeln abstützen

3.1.2 Wirtschaftliche Ziele

Nr.	Beschreibung
1	Der Wechsel von der bisherigen auf die neue Tarifstruktur erfolgt taxpunktvolumen-neutral

3.1.3 Betriebliche und technische Ziele

Nr.	Beschreibung
1	Das Monitoring (inkl. Nachkorrekturen und Ausgleich) wird im Rahmen der ex ante festgelegten Eckwerte (gem. diesem Konzept) durchgeführt
2	Die Geschäftsstelle der OAAT, der Tariforganisation gemäss Art. 47a KVG, erstellt ab Start der neuen Tarifstruktur vierteljährlich einen Monitoringbericht des Abrechnungsvolumens und berichtet der Expertengruppe Monitoring (EG-M). Diese berichtet anschliessend dem VR der OAAT über die Ergebnisse ihrer Analysen sowie über die notwendigen Anpassungen der Tarifstruktur inkl. EF

3	Der VR der OAAT ist verantwortlich für die sachgerechte Umsetzung der Erkenntnisse aus dem Monitoring in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben (Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV)
4	Überwachung der effektiven Anwendung der Tarifstruktur (vgl. auch unten Kap. 5 und 6)

3.1.4 Politische Ziele

Nr.	Beschreibung
1	Die Bedingungen des Bundesrats für die Genehmigung des TARDOC werden eingehalten.

3.2 Grundlagen und Annahmen für das Monitoring

Das vorliegende Konzept basiert auf den folgenden Grundlagen und Annahmen, die für das Monitoring von konstituierender Wirkung sind:

- Die Tarifstruktur wurde am 12. Juli 2019 beim Bundesrat eingereicht (TARDOC Version 1.0); eine Nachreichung mit Korrekturen von offensichtlichen Fehlern (TARDOC Version 1.1) erfolgte zusammen mit dem Anhang zum Grundvertrag zur Kostenneutralität sowie dem vorliegenden Konzept am 25. Juni 2020 (in einer Vorgängerversion).
- Aufgrund der Rückmeldungen des Bundesamt für Gesundheit BAG in seinem Prüfbericht vom 19. November 2020 wurde mit Nachreichung des TARDOC V1.2 per 30. März 2021 das Monitoring von einem Jahr (Version 1.1; Einführungszeitpunkt 2022) auf zwei Jahre (2022-2023) verlängert.
- Auf ausdrücklichen Wunsch des Bundesrates wurde die Tarifstruktur nochmals überarbeitet sowie das Konzept der Kostenneutralen Überführung angepasst (Version 1.3). Die Nachreichung des TARDOC V1.3 beim Bundesrat erfolgte per 20. Dezember 2021.
- Der Bundesrat hielt in seinem Beschluss zur «Nichtgenehmigung des Grundvertrags KVG zur einheitlichen Tarifstruktur zwischen FMH und curafutura (TARDOC)» vom 03. Juni 2022 fest, dass er den TARDOC genehmigen wird, *«wenn folgende Bedingungen erfüllt sind (vgl. Seite 4f. des Schreibens):*
 1. Die Tarifpartner der Tariforganisation gemäss Art. 47a KVG zeigen, basierend auf die Tarifstruktur TARDOC, auf, wie die Kostenneutralität eingehalten wird, im Sinne von
 - a) *Statische Kostenneutralität*
Bei der Berechnung des External Factor (EF) werden sämtliche Positionen von TARDOC berücksichtigt. Der EF wird so festgelegt, dass gegenüber dem TARMED-Volumen eines bestimmten Referenzjahrs keine Mehrkosten entstehen.
 - b) *Dynamische Kostenneutralität*
Während der Phase der dynamischen Kostenneutralität beträgt das Kostenwachstum von TARDOC maximal 2 bis 2.5% pro Jahr im Vergleich zum Referenzjahr. Die Phase der dynamischen Kostenneutralität gilt so lange, bis a) die wesentlichen Mängel von TARDOC gemäss Prüfbericht des BAG und Vereinbarung der Tarifpartner (siehe Punkt 3) behoben und die entsprechende Version von TARDOC vom Bundesrat genehmigt ist sowie b) der Bundesrat die ambulanten ärztlichen Pauschalen genehmigt hat. Damit ein ausreichender Anreiz besteht, die Konzepte gemäss Ziffer 3 auch wirklich umzusetzen, soll der Kostenanstieg mit 2 – 2.5% etwas tiefer liegen als der durchschnittliche Kostenanstieg von TARMED in den letzten Jahren.
 - c) *Langfristiges Monitoring*
Es liegt eine verbindliche Vereinbarung betreffend des Monitorings von TARDOC nach Ende der dynamischen Kostenneutralität vor. Die Vereinbarung beinhaltet unter anderem das konkrete Vorgehen zur Analyse der Kostenentwicklung und zur kontinuierlichen Tarifpflege sowie zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit.
 2. (...)»
- Die Tarifstruktur wird per 1. Januar 2025 in Kraft gesetzt.
- Die Kostenneutralität dauert bis zur Erfüllung der Auflagen des Bundesrates gem. Schreiben vom 3. Juni 2022, mindestens aber 3 Jahre, und in jedem Fall per Ende eines Kalenderjahres.
- Als derzeit umfassendste Datenbasis des ambulanten Bereichs werden die Daten des Tarif- und Datenpools von SASIS für das Monitoring wie auch für die Nachkorrekturen und den Ausgleich verwendet. Die Datenbasen von H+ (Tarifpool H+) sowie FMH (New Index) werden zur Plausibilisierung herangezogen. Für den stationären Bereich werden die Daten des Tarif- und Datenpools der SASIS AG (Monatsdaten nach Behandlungsjahr, spitalstationär inkl. «Psychiatrie Spital» und «Rehabilitation Spital») verwendet.
- Falls Pauschalen genehmigt und eingeführt werden, wird das Taxpunkt volumen des TARDOC um das entsprechende Taxpunkt volumen der Positionen reduziert, die durch diese Pauschalen ersetzt werden.

- Die Expertengruppe Monitoring (EG-M) und der VR der OAAT haben Einsicht in alle Datengrundlagen.

3.3 Einführungseffekte

Generell-abstrakt sind folgende Effekte möglich:

3.3.1 *Effekte, die mit dem Monitoring überwacht und für Nachkorrekturen und Ausgleich grundsätzlich relevant sind:*

- Effekte aus Fehlern in der Tarifstruktur als Folge falscher Grundlagen für die Bemessung der Taxpunkte.
Bemerkung: Es wird erwartet, dass die Fehler nicht homogen über die verschiedenen Kapitel der Tarifstruktur verteilt sind (mögliche Ursachen: unterschiedliche Qualität der Modelle, Daten und Annahmen; unterschiedliche Anwendung der Tarifierungsgrundsätze).
- Effekte aus Fehlern in der Transcodierung als Folge ungenügender Datengrundlagen sowie falscher Annahmen über die Zuweisung von Taxpunktmengen der alten Struktur auf die Taxpunktmengen der neuen Struktur.
Bemerkung: Es wird erwartet, dass durch Zusammenlegung von mehreren Positionen und modifizierte steuernde Regeln (z.B. Wegfall von Limitationen) Mengeneffekte eintreten, die in der Transcodierung ungenügend abgebildet sind.
- Effekte aus Fehlanreizen induziert durch die neue Tarifstruktur.
Bemerkung: Durch Zusammenfassung bisher separater Leistungen werden die Attraktoren für die Leistungserbringer verändert, was zu veränderten Leistungsmengen führen kann.

3.3.2 *Exogene Effekte, die für Nachkorrekturen und Ausgleich grundsätzlich nicht relevant sind:*

- Unerwartete Abweichungen von langfristigen allgemeinen Entwicklungstrends (Effekte aus medizinischer und/oder medizin-technischer und/oder sozio-demografischer und/oder politischer Entwicklung)
- Exogene einmalige Effekte (Anpassung der Franchisen, Neue Leistungen, KLV-Anpassungen, Franchisebefreiungen von Leistungen, Grippewellen, Pandemien, Verordnungen des BAG (z.B. flächendeckende Zeckenimpfung), AVOS, etc.).

Siehe hierzu auch 5.3, zu berücksichtigende exogene Effekte.

3.3.3 *Verschiebungen zwischen den beiden Sektoren ambulant und stationär:*

- Für den langfristigen allgemeinen Entwicklungstrend der Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen wird eine Beschleunigung auf Grund der beiden regulatorischen Interventionen AVOS und EFAS sowie der im Verlauf der Einführung und Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Tarife immer sachgerechteren Tarifierung erwartet. Dieser Trend erhöht das Wachstum des ambulanten Sektors bei gleichzeitiger Senkung des stationären Sektors. Dies wird berücksichtigt, indem die Veränderung des SwissDRG-Tarifs in den Spitälern mit dem aktuellen ambulanten TARMED- bzw. TARDOC-Taxpunktvolumen pro Versicherten der Spitäler verrechnet wird. Vgl. hierzu Abschnitt 5.3.
- Allen oben genannten Effekten und Entwicklungen ist gemeinsam, dass sie ex ante unmöglich und ex post schwierig isoliert quantifiziert werden können.
- Daher wird ex ante das nachfolgend beschriebene Vorgehen vereinbart, um das Tarifsystem mengenmässig über einen vereinbarten Zeitraum in den Grenzen einer vereinbarten «Wachstumsrate» zu halten.

4 Berechnung des External Factor und Gesamttaxpunktvolumen für die Jahre 2025-2027

4.1 Basis für die Berechnung des EF und der Vergleichsvolumen für die Jahre 2025-2027

Festlegung 1

Datenbasis für das Monitoring sind die Daten aus dem SASIS-Tarifpool aus folgenden Zeiträumen (Leistungserbringungsdaten):

- Referenzdaten für die Berechnung des External Factor EF: Tarmed-Taxpunktvolumen (Tarif 001) für die Behandlungsperiode vom 01.01.2019 – 31.12.2019 (Datenabzug Versicherer: 30.06.2021)

- Referenzdaten für die Berechnung des Vergleichsvolumens für das Monitoring: Tarmed-Taxpunktvolumen pro Versicherten für die Periode vom 01.01.2024 – 31.12.2024 (Datenabzug Versicherer: 30.06.2025¹)

- Ist-Daten (Messphase): TARDOC-Taxpunktvolumen pro Versicherten und pro Monat für die Periode vom 1.01.2025 – 31.12.2027 (Datenabzug Versicherer für das Taxpunktvolumen 2025: 30.06.2026; für das Taxpunktvolumen 2026: 30.06.2027; für das Taxpunktvolumen 2027: 30.06.2028). Für die Spitäler und Ärzte wird das Ist-Volumen um das allfällige Verlagerungsvolumen vom stationären in den ambulanten Sektor korrigiert.

- Die Messphase wird um jeweils ein weiteres Jahr verlängert, bis die Bedingungen des Bundesrats erfüllt sind (s.o. 3.2, s.u. 4.4).

- Die Daten von FMH (New Index), H+ (H+ Tarifpool) werden zur Plausibilisierung herangezogen. Bei Unterschieden von mehr als 10 % (Stufe Gesamtvolumen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern) entscheidet der VR der OAA über die Validität und die Verwendung der Daten.

4.2 External Factor EF

Mit den SASIS-Zahlen für das Jahr 2019 liegt das Tarmed-Gesamttaxpunktvolumen bei 11.5 Mia. (ohne delegierte Psychotherapie Kap. 02.02 und 02.03). Das anhand der Transcodierung zu erwartende Volumen 2019 gemäss TARDOC liegt (ohne Spitalnotfallvorhalteleistung Tarifposition WG.05.0010) um 21.93 % über dem Tarmed-Volumen 2019. Das ergibt rechnerisch einen External Factor von 0.8201 bzw. gerundet 0.82. Dieser Wert ist verglichen mit den 2018er Daten ausserordentlich stabil. Aufgrund der COVID-19-Pandemie soll der External Factor auf diesem Wert belassen werden und auch für 2024 zur Anwendung kommen.

Berechneter EF	0.82 ohne Volumina der delegierten Psychotherapie (da ab 1.07.2022 ausserhalb des Arzttarifs) sowie ohne die neu tarifizierte Spitalnotfallvorhalteleistung
----------------	--

4.3 Wachstumsrate (allgemeine Effekte und Toleranzmarge) / dynamische Kostenneutralität

Mit der über das Taxpunktvolumen festgelegten Wachstumsrate pro Versicherten sollen

- die gleichzeitig wirkenden allgemeinen Effekte aus medizinischer und/oder medizin-technischer und/oder sozio-demografischer und/oder politischer Entwicklung sowie
 - eine der Unsicherheit geschuldete Toleranzmarge (Begründung für Zielkorridor) berücksichtigt werden.
- Ebenso wird berücksichtigt, dass es zwischen dem Basisjahr und dem Messjahr zu einer Mengenentwicklung kommt.

Im 2025, 2026 und 2027 findet ein Toleranz-Korridor mit einer oberen Grenze von +2% bzw. +4% bzw. + 6% und einer unteren Grenze von -1% bzw. -2% bzw. -3% gegenüber dem Taxpunktevolumen pro Versicherten im 2024 Anwendung (schematische Darstellung siehe Abbildung 1, Seite 5). Bei Verlängerung der KN-Phase werden die Werte entsprechend pro Jahr um +2% bzw. -1% angepasst.

Das für das Jahr 2025 relevante definitive Vergleichs-Taxpunktvolumen wird laufend auf Monatsbasis berechnet, sobald die Zahlen für 2024 vollständig sind.

Jahr	Bemerkungen
2024	Ausgangsvolumen, effektives Abrechnungsvolumen TARMED (pro Versicherten)
2025	obere Korridorgrenze (+2%): Volumen des Vorjahres 2022 als Basis (pro Versicherten)
2025	untere Korridorgrenze (-1%): Volumen des Vorjahres 2022 als Basis (pro Versicherten)
2026	Obere Korridorgrenze (+4%): Volumen von 2022 als Basis (pro Versicherten)
2026	Untere Korridorgrenze (-2%): Volumen von 2022 als Basis (pro Versicherten)
2027	Obere Korridorgrenze (+6%): Volumen von 2022 als Basis (pro Versicherten)
2027	Untere Korridorgrenze (-3%): Volumen von 2022 als Basis (pro Versicherten)

¹ Daten stehen per 31.07.2025 bereit

Bei einer Verlängerung der Steuerphase über das Jahr 2027 hinaus wird die Korridorrgrenze analog weitergeführt (pro Jahr +2% / -1%).

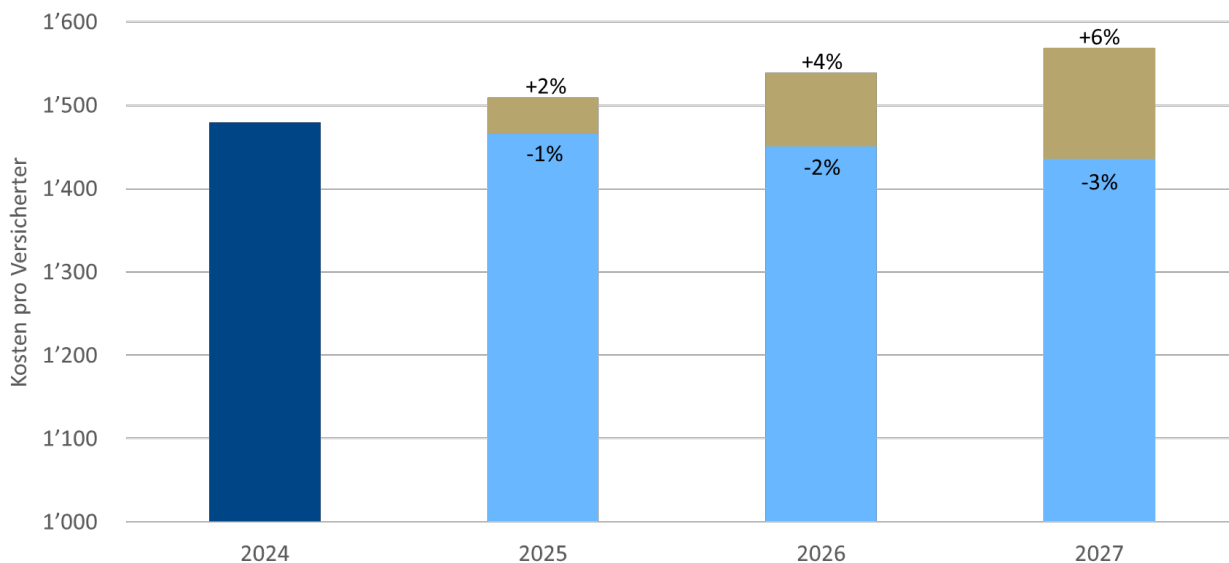


Abbildung 1: Schematische Darstellung der hergeleiteten Taxpunktvolumen pro Versicherter 2025, 2026 und 2027, inkl. Toleranz-Korridor

4.4 Bedingungen für den Abschluss der Phase der dynamischen Kostenneutralität

Folgende Bedingungen müssen erfüllt sein:

- Vom Bundesrat genehmigte ambulante Pauschalen
- Umsetzung der folgenden Konzepte:
 - Prioritäre Minutagenerhebungen
 - Revision der Kostenmodelle und des SUK-Satzes
 - Empirische Erhebung der ärztlichen Produktivität
 - Evaluation der ärztlichen Jahresarbeitszeit und des Referenzeinkommens
 - Langfristiges Monitoring nach Abschluss der Phase der dyn. Kostenneutralität

5 Phasen für das Monitoring, Korridor und Korrekturen

5.1 Übersicht

Das Monitoring umfasst mehrere Phasen und dauert, ab Einführung 1. Januar 2025 mindestens 4 Jahre:

- **Startphase (6 Monate, 01/2025 bis 06/2025):** Einschwingphase des Tarifs ohne Steuerungseingriffe
- **Mess- und Steuerphase (42 Monate, 01/2025 bis 06/2028):** Hier werden auf Grundlage der Messwerte Eingriffe in die Tarifstruktur und wenn nötig Anpassungen am EF vorgenommen. Die Mess- und Steuerphase ist zweigeteilt in die 36-monatige Messphase (01/2025 bis 12/2027) und die 36-monatige Steuerphase (07/2025 bis 06/2028).
- **Erste Kompensationsphase (12 Monate; 01/2029 bis 12/2029):** Die Fehlvolumen aufgrund eines zu tief oder zu hoch angesetzten EF werden, sobald sich der EF während der Jahre 2025 - Mitte 2028 eingependelt hat und das Gesamtsystem stabil ist, in der Kompensationsphase, d.h. ab 1.1.2029 bis 31.12.2029, korrigiert. Die Kompensation für zu viel/zu wenig bezahlte Leistungen erfolgt dann mittels für die Dauer der Kompensationsphase nach oben (bei einem Fehlvolumen zugunsten der Leistungserbringer) bzw. nach unten (bei einem Fehlvolumen zugunsten der Kostenträger) angepasstem EF. Diese erste Kompensationsphase erfolgt unabhängig der Dauer der dynamischen Kostenneutralität.
- **Fortsetzung der dynamischen Kostenneutralität** über diese Phase hinaus, falls die geforderten Auflagen des Bundesrates gem. Schreiben vom 03.06.2022 bis dahin nicht erfüllt sind bzw. bis zur Genehmigung der entsprechenden Tarifstrukturen.

- **Weitere Kompensationsphase:** Sollte die Steuerungsphase über 2027 hinaus gehen, weil die Bedingungen des Bundesrates noch nicht erfüllt sind, ist eine zweite gleichartige Kompensationsphase nach Abschluss der Steuerungsphase vorzusehen. Diese wird spätestens ab 1.1.2032 – 31.12.2032 für die Jahre 2028 – Mitte 2031 erfolgen. Sollte die dynamische Kostenneutralität aufgrund der Erfüllung der Auflagen früher beendet sein, werden lediglich die Jahre seit der letzten Kompensationsphase bis zum Abschluss der Steuerungsphase kompensiert. Bei einer Verlängerung der Steuerphase über das Jahr 2027 hinaus wird die Korridorrgrenze analog weitergeführt (pro Jahr +2% / -1%).
- Einen Überblick gibt auch Abbildung 2 im Anhang. Die verschiedenen Phasen werden nachfolgend genauer erläutert.

5.2 Startphase (6 Monate, 01/2025 bis 06/2025)

Die Einführung eines neuen Tarifs ist mit Unwägbarkeiten verbunden. Daher sind die ersten 6 Monate der Tarifeinführung (01/2025 bis 06/2025) für Vorbereitungen und Klärungen zu nutzen, aber nicht konkret auszuwerten und es ist keinesfalls bereits zu steuern. Mögliche strukturelle Fehlentwicklungen in der Startphase müssen vertieft und differenziert analysiert werden, um allfällig nötige Anpassungen vorzubereiten. Zudem liegt in der Startphase kein aussagekräftiges Taxpunktvolument vor, das einen unmittelbaren Eingriff rechtfertigt.

5.3 Mess- und Steuerphase (42 Monate, 01/2025 bis 06/2028)

Die Mess- und Steuerphase ist aufgeteilt in die 36 Monate dauernde Messphase (01/2025 – 12/2027) und in die 36 Monate dauernde Steuerphase (07/2025 bis 06/2028). Wobei sich die beiden Phasen zeitlich 30 Monate überlappen (siehe Grafik Anhang). Um Kompensationen zu vermeiden oder auf einem möglichst tiefen Niveau zu halten, wird spätestens ab dem 01.01.2026 der External Factor bei vorhandenem Korrekturbedarf angepasst. Eine Nachkontrolle allfälliger Korrekturen wird auf Basis stabiler Jahresdaten vollzogen.

In der Mess- und Steuerphase werden die Auswirkungen gemessen und falls nötig wird gleichzeitig eingegriffen. Das Monitoring erfolgt dabei über das Taxpunktvolument pro Versicherten und basierend auf den gleichen Bedingungen wie bei der Berechnung des EF (Transcodierung) und unter Berücksichtigung des Verlagerungsvolumens stationär zu ambulant. Entwickeln sich diese Messgrössen nicht wie vereinbart bzw. wie erwartet, werden entweder der EF angepasst oder aber – sollte dies angezeigt sein – direkt in der Tarifstruktur Eingriffe vorgenommen.

Eine Anpassung des EF in der Steuerphase erfolgt nur dann, wenn die Zuwachsraten der beiden Sektoren spitalambulant und praxisambulant nach allfälligen einzel- oder kapitelweisen Korrekturen in der Tarifstruktur über oder unter dem vereinbarten Korridor liegen. Wenn nur die Zuwachsrate eines Sektors über oder unter der Korridorrgrenze liegt, erfolgt der Ausgleich des darüber liegenden Volumens in der Kompensationsphase. Korrigiert wird jeweils auf die Korridorrgrenze. Die Steuerung erfolgt immer mit Sicht auf das Ziel (Taxpunktvolument pro Versicherten eingehalten, korrekte Struktur) und nicht auf den kurzfristigen Ausgleich von Schwankungen des Abrechnungsvolumens.

Weil die Taxpunktvolument pro Versicherten bei Auswertung nach Leistungserbringungsdatum erst nach ca. 6 Monaten stabil sind und während der Mess- und Steuerphase 36 Messpunkte angeschaut werden, dauert die Mess- und Steuerphase insgesamt 42 Monate. Dabei können die Januar-Zahlen ab Juli als verlässlich angeschaut werden.

Zum Zweck hinreichender Analysegrundlagen wird während der ganzen Kostenneutralitätsphase im Zeitraum 01.01.2025 – 31.12.2029 von der OAAT sowie zusätzlichen Experten der Gesellschafter (**Expertengruppe Monitoring (EG-M)**) ein vierteljährlicher «**Monitoring-Bericht**» erstellt, mit dem die Tarifierung im Sinne einer fortschreitenden Dokumentation, Analyse und von Vorschlägen bzw. Anträgen zur Tarifkorrektur begleitet wird.

Zu berücksichtigende exogene Effekte

Das Monitoring stützt sich auf die Entwicklung des Taxpunktvolument. In diese Grösse fliessen auch exogene Effekte ein, die nicht unter die Kostenneutralität gem. Art. 59c, Abs. 1, lit. c KVV fallen. Damit solche Effekte, namentlich Schocks z.B. pandemiebedingt, aus Migration (Veränderung der kollektiven Morbidität) oder aus politischen Eingriffen, in der Mess- und Steuerphase berücksichtigt werden können, werden Mess-Parameter und Vorgehen wie folgt vereinbart:

- Quartalsweise Meldung der Anzahl ZSR-Nummern pro Sektor mit Zuwachsraten über 10% zur Vorperiode und Umsatzverminderung um über 50% zur Vorperiode
- Berücksichtigung der Saisonalität bei der Steuerung und Schlussabrechnung (Beispielsweise Grippen (Frühjahr / Sommer) bzw. deren zeitliche Verschiebungen, Effekte bzgl. Franchise Ende Jahr, usw.)
- Berücksichtigung von Sondereffekten (z.B. Pandemie) bei der Steuerung und Schlussabrechnung
- Berücksichtigung von politischen Massnahmen, die Effekte auf das ambulante Taxpunktvolument haben (beispielsweise Einführung von EFAS während der KN-Phase)
- Berücksichtigung der Anpassung des Leistungsspektrums OKP und KLV-Anpassungen (bspw. Neuaufnahme von Pflichtleistungen → neue Leistungen fallen nicht unter Art. 59c, Abs. 1, lit. c KVV)
- Berücksichtigung des Volumens, auch pro Sektor, das über ambulante Pauschalen gemäss Art. 43 Abs. 5 n-KVG sowie über die Tariftypen 002 und 003 abgerechnet wird.

Im Falle einer Überschreitung bzw. einer Unterschreitung des Korridors sind diese Effekte und deren Einfluss auf das Taxpunktevolument zu prüfen und gegebenenfalls zu quantifizieren.

Weiterentwicklung der Tarifstruktur (Kostenmodelle, Interpretationen, Anwendungs- und Abrechnungsregeln)

Sollte sich das Taxpunktvolument pro Versicherten nicht wie erwartet bzw. vereinbart entwickeln (ausserhalb des vereinbarten Wachstumsrate und Korridor), soll nicht sofort und einzig mit einer globalen Nachkorrektur des EF eingegriffen werden. Es soll in einem ersten Schritt sichergestellt werden, dass die Abweichungen lokalisiert werden und auch dort korrigiert werden, wo die grössten Fehler liegen.

Es müssen jedoch insgesamt Korrekturen vorgenommen werden, die das Taxpunktvolument pro Versicherten im definierten Rahmen (Zielkorridor) halten.

Die Tarifpartner sind sich einig, dass die Tarifstruktur, namentlich die Kostenmodelle, die Interpretationen sowie die Anwendungs- und Abrechnungsregeln grundsätzlich ab Start der Gültigkeit in der konkreten Anwendung begleitet und bei Bedarf angepasst werden sollen. Das Monitoring liefert einerseits Daten für den das Volument pro Versicherten und andererseits bereits nach wenigen Monaten Erkenntnisse über die Anwendung der Tarifstruktur durch die Leistungserbringer und die Kostenträger. Unerwünschte Anwendungen der Tarifstruktur sollen zeitnah korrigiert werden. Erst nachdem solche Korrekturen geprüft wurden und ggf. Anpassungen vorgenommen wurden, ist in einem zweiten Schritt der EF anzupassen.

Die **Expertengruppe Monitoring (EG-M)** evaluiert mithilfe der Unterstützung der Geschäftsstelle der OAAT auf eigene Initiative oder auf Antrag der Tarifpartner mögliche Anpassungen, die sich auf Grund unerwünschter Entwicklungen der Tarifierstellung ergeben und stellt Antrag an den VR.

Folgende Korrekturmöglichkeiten sind während der Mess-/Steuerphase vorgesehen:

Festlegung 2

K1) Korrektur der Taxpunkte positionsweise («positionsweise Nachkorrektur»):

Eingriff in die Kostenmodelle, Parameter der Tarifposition, inkl. Interpretationen sowie Anwendungs- und Abrechnungsregeln

K2) Korrektur der Taxpunkte in einzelnen Kapiteln:

Eingriff in die Kostenmodelle, Kapitelinterpretationen sowie Anwendungs- und Abrechnungsregeln

K3) Korrektur global durch lineare Anpassung und Steuerung, d.h. Anpassung des EF auf allen Taxpunkten («globale Nachkorrektur»)

Es gelten folgende Formeln (diese gehen den vorangehenden Umschreibungen vor), basierend auf den Daten des Tarifpools:

Die Veränderung des Taxpunktvolument pro Versicherten, ΔTPV_t , gegenüber dem Vorjahr ist gegeben durch:

$$(1) \quad \Delta TPV_t = \frac{TPV_t}{TPV_{t-1}} - 1$$

Für den TARDOC ist die Formel direkt anwendbar, wobei im Jahr t der Einführung TPV_{t-1} dem Taxpunktvolumen TARMED (pro Versicherten) des Referenzjahres 2024 entspricht.

Zur Berechnung eines TPV-Äquivalents im SwissDRG-Bereich (akut-stationärer Tarif SwissDRG, inkl. Tarpsy/Psychiatrie und ST-Reha/Rehabilitation) wird wie folgt vorgegangen:

$$(2) \quad TPV_{t,SDRG} = \frac{\text{Bruttoleistungsvolumen SwissDRG in CHF im Jahr } t \text{ pro Versicherten}}{\text{gewichteter durchschnittlicher Taxpunktswert Spitalambulant}}$$

Damit ergeben sich folgende Änderungsraten:

(3) ΔTPV_{TARDOC} als jährliche Änderungsrate des TARDOC-Taxpunktvolumens pro Versicherten und

(4) ΔTPV_{SDRG} als jährliche Änderungsrate pro Versicherten eines entsprechenden Äquivalents für den SwissDRG-Tarif im stationären akutsomatischen Bereich.

Eine Korrektur ist notwendig, wenn der Korridor über- oder unterschritten wird.

Bei **Unterschreitung** ($\Delta TPV_{TARDOC} < -0.01$), wird soweit korrigiert, bis die untere Grenze des Korridors erreicht wird. Somit gilt folgende Formel:

$$(5) \quad \text{Korrektur}_{\text{Unterschreitung}} = (0.99 \cdot TPV_{TARDOC,t-1} - TPV_{TARDOC,t}) \cdot \text{Anzahl Versicherte}$$

Bei Überschreitung wird zuerst ein allfälliges «Guthaben» aus dem stationären akutsomatischen Bereich infolge der (gewünschten) Ambulantisierung angerechnet. Ein «Guthaben» existiert, falls $\Delta TPV_{SDRG} < 2\%$.

Es berechnet sich wie folgt:

$$(6) \quad \text{Guthaben}_{SDRG,t} = \max((1.02 \cdot TPV_{SDRG,t-1} - TPV_{SDRG,t}) \cdot \text{Anzahl Versicherte}; 0)$$

Der Formelausdruck $\max\{\dots\}$ bringt zum Ausdruck, dass nur ein echtes Guthaben zur Anrechnung kommt; sollte das Wachstum im stationären Bereich grösser als 2% sein, ist das Guthaben gleich Null, d.h. gibt es keine «negative» Korrektur beim TARDOC.

Bei **Überschreitung** des Korridors ($\Delta TPV_{TARDOC} > 0.02$) erfolgt somit folgende Korrektur:

$$(7) \quad \text{Korrektur}_{\text{Überschreitung}} =$$

$$(\max[TPV_{TARDOC,t} - 1.02 \cdot TPV_{TARDOC,t-1} - \text{Guthaben}_{SDRG,t}; 0]) \cdot \text{Anzahl Versicherte}$$

Der Formelausdruck $\max\{\dots\}$ bringt zum Ausdruck, dass im Falle eines Überschreitens des TARDOC-Korridors die *Korrektur* inkl. Abzug des allfälligen SwissDRG-Guthabens *höchstens auf Null reduziert* wird.

Die oben genannten Grenzwerte 0.99/1.02 vermindern/erhöhen sich analog zur Tabelle in Abschnitt 4.3 für die Jahre nach Einführung des TARDOCs auf 0.98/1.04, 0.97/1.06, etc.

5.4 Kompensationsphase (12 Monate)

Der EF sollte im Juni 2028 bzw. bei Abschluss der Phase der dynamischen Kostenneutralität soweit stabil sein, dass TARDOC 1.3.1 ab dann – ceteris paribus – als kostenneutral überführt gilt. Die *Fehlvolumen* aufgrund eines bis zu diesem Zeitpunkt zu hoch oder zu tief angesetzten EF werden aber nicht während der Mess- und Steuerphase kompensiert, sondern erst in der separaten Schlussphase des Monitorings, der sogenannten Kompensationsphase. Die Kompensation erfolgt grundsätzlich mittels eines für die Dauer der Kompensationsphase nach oben (bei einem Fehlvolumen zugunsten der Leistungserbringer) bzw. unten (bei einem Fehlvolumen zugunsten der Kostenträger) angepassten globalen External Factors EF während 12 Monaten.

Konkret wird für die Kompensationsphase nach der definitiven Festsetzung des EF im Juni 2028 (per 1.1.2029) zusätzlich mit einer *temporären sektorspezifischen Korrektur des EF* das seit Einführung aufgelaufene Fehlvolumen aufgrund eines zu tief oder zu hoch angesetzten EF kompensiert. Sollte die KN-Phase über 2027 hinaus gehen, weil die Bedingungen des Bundesrates noch nicht erfüllt sind, ist eine zweite gleichartige Kompensationsphase nach Abschluss der Steuerungsphase vorzusehen.

Liegen die Überschreitungen der Wachstumsraten der beiden ambulanten Sektoren (praxisambulant und spitalambulant) mit Bezug zum transcodierten Volumen des Jahres 2024 mehr als 2%-Punkte auseinander und wurde der Korridor insgesamt überschritten, wird der EF für die Kompensationsphase sektoriell getrennt nach unten bis auf das Überschreitungsniveau des jeweiligen anderen Sektors angepasst; für das verbleibende Überschreitungsvolumen bis zur Korridorgrenze wird der EF beider Sektoren angepasst. Wenn nur die Wachstumsrate eines ambulanten Sektors über dem vereinbarten Korridor liegt, wird der EF nur für diesen Sektor für die Kompensationsphase nach unten angepasst. Für die Kalkulation eines allfällig sektoriell getrennten EF wird ein allfälliges anrechenbares Volumen aus dem stationären Bereich dem spitalambulantem Sektor gutgeschrieben.

Es gilt folgende Formel (diese geht der vorangehenden Umschreibung vor) für jedes einzelne Jahr der Messperiode:

Wachstumsrate spital (WR(sp)): $\Delta TPV_{sp} = \max(\Delta TPV_{TARDOC(sp)} - \Delta TPV_{SRDG}, 0)$

Wachstumsrate praxisambulant (WR(pr)): ΔTPV_{pr}

Wenn der Korridor von 2% im Jahr 2025 (bzw. 4% im Jahr 2026, bzw. 6% im Jahr 2027; **jeweils bezogen auf 2024**) in Summe (über die gesamte Tarifstruktur) überschritten wird und

A) Wenn sich WR(sp) und WR(pr) mit Bezug zum transcodierten Volumen des Jahres 2024 um 2%-Punkte pro Versicherten oder weniger unterscheiden, dann erfolgt eine definitive Senkung des EF so, dass eine WR von 2% für 2025 (bzw. 4% für das Jahr 2026 bzw. 6% für das Jahr 2027) erreicht wird (keine sektor-unterschiedliche Korrektur);

oder

B) wenn sich WR(sp) und WR(pr) mit Bezug zum transcodierten Volumen des Jahres 2024 um mehr als 2%-Punkten pro Versicherten unterscheiden, dann erfolgt eine temporäre Senkung (für den Zeitraum eines Kalenderjahres) des EF für den Sektor mit der grösseren WR im Umfang von
 AA) $\min(\text{WR}(\text{sp}), \text{WR}(\text{pr})) \leq 2\%$ (bzw. $\leq 4\%$ bzw. $\leq 6\%$): temporäre Senkung (für den Zeitraum eines Kalenderjahres) sektoriell so, dass eine WR von 2% (bzw. 4% bzw. 6%) erreicht wird.
 AB) $\min(\text{WR}(\text{sp}), \text{WR}(\text{pr})) > 2\%$ (bzw. $> 4\%$, bzw. $> 6\%$): Reduktion EF sektoriell und temporär (für den Zeitraum eines Kalenderjahres) so, dass die WR dieses Sektors derjenigen des anderen Sektors entspricht

UND eine Reduktion EF so, dass insgesamt eine WR von 2% (bzw. 4%, bzw. 6%) erreicht wird.

Die sektorielle Betrachtung endet nach Abschluss des Monitorings. Bei einer allfällig zweiten Kompensationsphase kommen die Bedingungen analog zur Anwendung.

6 Die Expertengruppe Monitoring (EG-M)

Die OAAT begleitet die Expertengruppe Monitoring (EG-M), welche während der Mess- und Steuerphase gesamtschweizerisch die Auswirkungen von TARDOC in Bezug auf das Taxpunktvolumen analysiert und allfällige Korrekturmassnahmen dem VR vorschlägt. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben:

- Vierteljährliche Analyse (erstmalig per November 2025; Datenabzug für das erste Quartal per 30.09.2025, Aufbereitung der abgezogenen Daten per 31.10.2025) und rechnerische Kontrolle der Vorgaben zur Entwicklung des Taxpunktvolumens je Sektor (inkl. Überwachung allfälliger exogener Einflussfaktoren)
- Vierteljährliche Analyse und rechnerische Kontrolle der Tarifierung auf strukturbedingte Ausreisser auf Ebene Sektor und Spezialität («Monitoring-Bericht»)

- Die **EG-M entscheidet abschliessend über Anpassungen des EF nach dem Mehrheitsprinzip**. Information des Verwaltungsrates der OAAT über Anpassungen des EF. Information an die Leistungserbringer, die Kostenträger sowie die Software-Anbieter.
- Allfällige Anträge betreffend Anpassung der Tarifstruktur mit Begründungen an den Verwaltungsrat. Information an die Leistungserbringer, die Kostenträger sowie die Software-Anbieter. Über Anpassungen an der Tarifstruktur entscheidet auf Empfehlung der **EG-M** abschliessend der **Verwaltungsrat der OAAT**.

Zusammensetzung der Expertengruppe Monitoring (EG-M)

Um zu verhindern, dass auch zukünftig für das KVG und den Bereich UVG/IVG/MVG zwei unterschiedliche Tarifstrukturen zur Anwendung gelangen, müssen die Anpassungen an der Tarifstruktur für beide Kostenträger einheitlich sein. Die Koordination erfolgt in der **EG-M**. Die Kostenträger- sowie Leistungserbringerverbände haben jeweils 4 Stimmen:

- Vertreter der OAAT (mit Antragsrecht, aber ohne Stimmrecht),
- zwei Vertreter der FMH,
- zwei Vertreter von H+,
- drei Vertreter der Krankenversichererverbände,
- ein Vertreter der MTK

Zusätzlich sind folgende Organisationen als Beobachter (ohne Stimmrecht) an den Sitzungen denkbar:

- BAG
- Preisüberwacher
- GDK

Die EG-M ist technisch dafür verantwortlich, dass die Tarifstruktur einheitlich bleibt.

Jede Organisation bestimmt ihre Vertreter selbst. Die delegierenden Organisationen sind zu verpflichten, dass ihre Vertreter zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung in der **EG-M** über die notwendigen Handlungs- und Entscheidungskompetenzen verfügen.

7 Jährliche Revision der Tarifstruktur

Die Tarifpartner beabsichtigen, die Tarifstruktur jährlich zu revidieren und rasch Pauschalen einzuführen. Eine erste Revision ist bei stabiler Volumenentwicklung auf das dritte Jahr nach Einführung von TARDOC (1.1.2028) möglich. Ambulante Pauschalen können auch zeitnäher, jeweils auf den 1. Januar eines Kalenderjahres eingeführt werden. Tarifanpassungen unterliegen der Genehmigungspflicht und sind daher ein halbes Jahr (d.h. per Mitte Jahr) vor Gültigkeit einzureichen.

Die jährliche Revision ist in der Regel nicht mit einem Modellwechsel gleichzusetzen und fällt deshalb nicht unter Art. 59c KVV. Je nach Umfang der jeweiligen Revision wird vom VR ats-tms festgestellt, ob es sich um eine Revision mit oder ohne Tarifmodellwechsel handelt. Die während der Kostenneutralitätsphase von TARDOC 1.3.1 erfolgten Steuerungseingriffe in die Tarifstruktur gelten nicht als Modellwechsel.

8 Langfristiges Monitoring

Die Leistungsvolumenentwicklung soll auch nach der Kostenneutralitätsphase weiter monitoriert werden. Diesbezügliche Mechanismen und Prozesse sind im Tarifierungshandbuch festgehalten.

Bern, 3. Juni 2020 / 16. Februar 2021 / 22. November 2021 / 15. November 2022

9 Anhang

9.1 Die verschiedenen Phasen des Monitorings

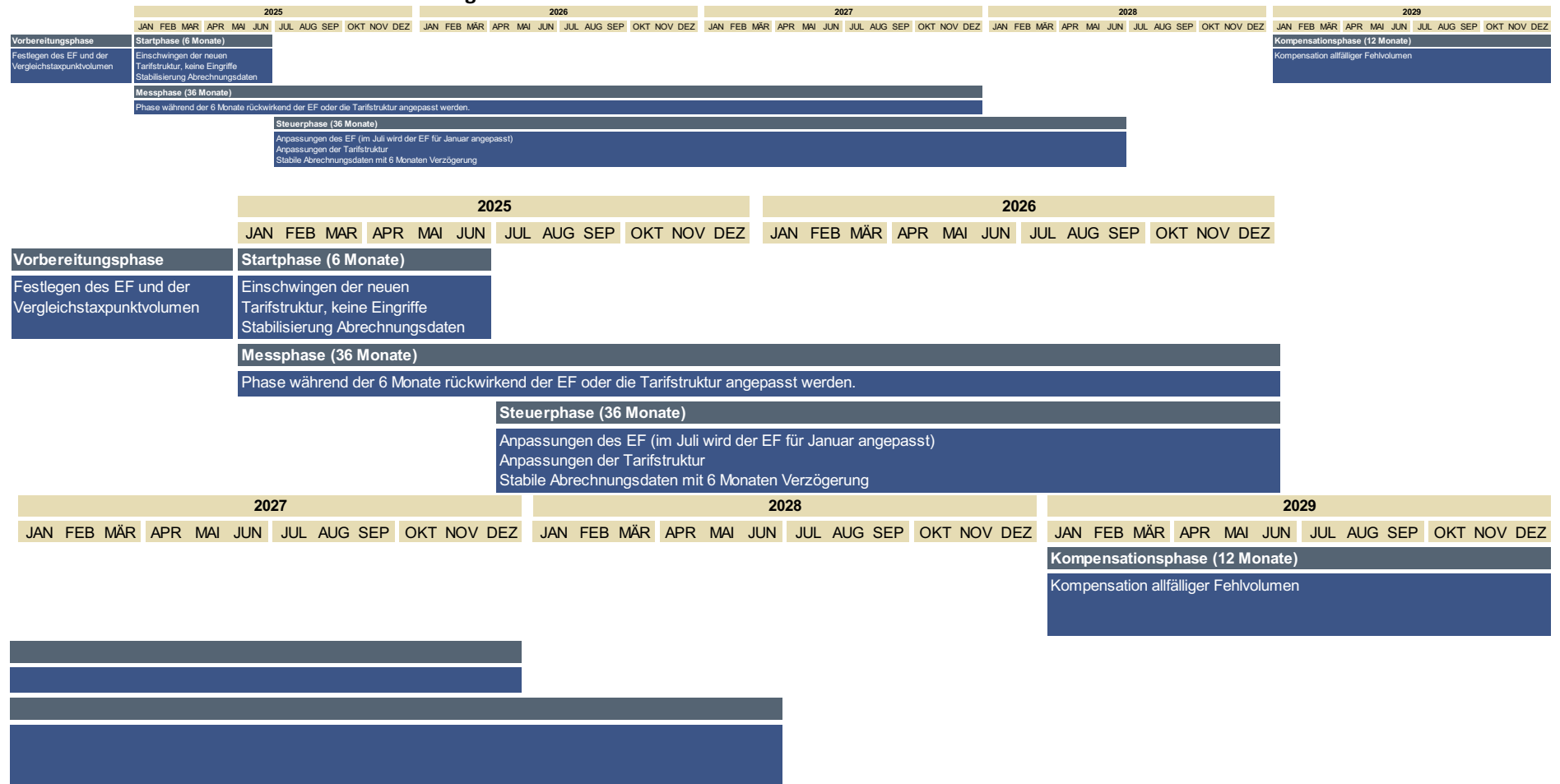


Abbildung 2: Die verschiedenen Phasen des Monitorings