

# **Konzept Fallkosten-Stabilisierung**

**Version Oktober 2003**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>3</b>
<b>1      Grundlagen der Fallkosten-Stabilisierung.....</b>	<b>5</b>
1.1    Zielsetzung .....	5
1.2    Gegenstand und Ebenen.....	5
1.3    Grundprinzipien und Rahmenbedingungen.....	9
1.4    Koordination mit der Krankenversicherung .....	9
<b>2      Operationalisierung der Fallkosten-Stabilisierung .....</b>	<b>10</b>
2.1    Mittlere Monats-Fallkosten .....	10
2.2    Fallkostenstabiler Korridor.....	10
2.3    Abweichung von Fallkosten-Stabilität.....	13
2.3.1    Grundsatz.....	13
2.3.2    Taxpunktwert-Korrektur.....	13
2.3.3    Korrektur-Algorithmus.....	13
<b>3      Taxpunktwert-, Tarifstrukturanpassung .....</b>	<b>14</b>
3.1    Grundsätze .....	14
3.2    Assessment-Kommission (AK) .....	14
3.2.1    Aufgabe .....	14
3.3    Taxpunktwert-Korrekturen .....	14
3.4    Korrektur der Tarifstruktur .....	14
3.5    Erwahrung der Korrekturmassnahmen.....	15
<b>4      4. Monatsbericht .....</b>	<b>15</b>
4.1    Basisinformation .....	15
4.2    Tabellen und Graphiken .....	16
4.3    Beispiel .....	16

# Zusammenfassung

Gliederungspunkt	Kernaussagen	Einzelheiten auf Seite
<b>1 Grundlagen der fallkostenstabilen Einführung TARMED</b>	Bei der Entwicklung von TARMED ging es einerseits um eine Neustrukturierung des Leistungskataloges, andererseits um eine Neubewertung der darin enthaltenen ärztlichen und technischen Leistungen. Den damit verfolgten Zielen hat auch eine Tarifanpassung im Rahmen der Sicherstellung von Fallkosten-Stabilisierung Rechnung zu tragen.	5
1.1 Zielsetzung	<p>Mit Fallkosten-Stabilisierung soll sinngemäss zum Ausdruck gebracht werden, dass die TARMED induzierten Fall-Kosten nach der Tarifeinführung keine wesentliche Veränderung gegenüber den Fall-Kosten vor Tarifeinführung erfahren.</p> <p>Mit Fallkosten-Stabilisierung soll den Risiken eines Kostenschubs (bei den Kostenträgern) wie auch eines unverhältnismässigen Umsatzrückgangs (bei den Leistungserbringern) entgegengewirkt werden.</p>	5
1.2 Gegenstand und Ebenen der Betrachtung	<p>Fallkosten-Stabilisierung bezieht sich auf die ausbezahlten Rechnungen der in der Nomenklatur aufgeführten Leistungen durch die Arztpraxis und den ambulanten Bereich des Spitals im UV-, MV-, IV-Bereich.</p> <p>Fallkosten-Stabilisierung ist für die drei Kostenblöcke 'Gesamt' (Arztpraxis und Spital ambulant), 'Arztpraxis' (d. h. freipraktizierende Ärzte) sowie 'Spital ambulant' getrennt aber nach gleichen Prinzipien festzulegen und zu überwachen.</p> <p>Die Entwicklung weiterer Kostenblöcke der Gesundheitsversorgung (Spital stationär, Physiotherapie, u. a.) wird zusätzlich analysiert und beurteilt.</p>	5
1.3 Grundprinzipien und Rahmenbedingungen	Fallkosten-Stabilisierung wird für die UV, MV und IV gemeinsam festgelegt. Fallkosten-Stabilisierung ist auf Basis der Statistiken der Kostenträger und Leistungserbringer bezogen auf die bezahlten Leistungen festzulegen und zu überwachen.	9
1.4 Koordination mit der Krankenversicherung	Die gesetzlich vorgesehene Wahrung der einheitlichen Tarifstruktur erfordert in Zusammenhang mit der strukturellen Tarifanpassung (Taxpunktzahlplanpassungen) eine Koordination mit der Krankenversicherung.	9

Gliederungspunkt	Kernaussagen	Einzelheiten auf Seite
<b>2 Operationalisierung der Fallkosten-Stabilisierung</b>		10
2.1 Mittlere Monats-Fallkosten	Die Festlegung und Überwachung der Fallkosten-Stabilisierung erfolgt auf Grundlage der mittleren Monats-Fallkosten (gleitendes 12-Monatsmittel).	
2.2 Fallkostenstabilierter Korridor	<p>Fallkostenstabilität wird durch den 'fallkostenstabilen Korridor' (Niveau sowie Bandbreite, d. h. zulässige Ober- und Untergrenzen der Kostenentwicklung) verbindlich festgelegt.</p> <p>Für die Fixierung des Niveaus des 'fallkostenstabilen Korridors' wird ein gewichtetes Mittel der Fallkosten aus den letzten 13 Monaten der gleitenden 12-Monatsmittel herangezogen.</p> <p>Die Bandbreite ist auf der Basis der Streuung der letzten 36 Monate normativ festzulegen. Ausserhalb der Bandbreite liegt Fallkosten-Stabilisierung nicht vor.</p>	10
2.3 Abweichung von Fallkostenstabilität	Der Zeitpunkt einer Tarifanpassung wegen einer korrekturbedürftigen Abweichung wird ebenfalls mit Hilfe gleitender Monatsmittel bestimmt. Das Ausmass der Tarifanpassung ergibt sich aus der Anpassung des effektiven monatlichen Kostenwerts zum Wert des Niveaus.	13
<b>3 Taxpunktwert-anpassung</b>	Taxpunktwertkorrekturen resp. relevante Kostenentwicklungen werden durch die Vertragspartner erwähnt. Primär erfolgt eine Korrektur auf den Taxpunktwert für alle Leistungserbringer. Die globale Verletzung der Fallkosten-Stabilisierung erfolgt über eine Korrektur des Taxpunktwertes.	14
3.1 Grundsätze		
3.2 Assessment-Kommission	Aufgaben, Zusammensetzung	14
3.3 Taxpunktwert-anpassung	Korrektur ohne identifizierbare Verursacher	14
3.4 Korrektur Tarifstruktur	Korrektur bezüglich bestimmter Leistungsgruppen resp. Leistungserbringergruppen.	14
<b>4 Monatsbericht</b>		15
4.1 Basisinformation		
4.2. Tabellen und Grafiken		15
4.3. Beispiel		16

# 1 Grundlagen der Fallkosten-Stabilisierung

## 1.1 Zielsetzung

Der Terminus 'Fallkosten-Stabilisierung', soll sinngemäss zum Ausdruck bringen, dass die Fall-Kosten gemäss Ziff. 1.2 für Leistungen der Spitäler nach Einführung des neuen Tarifs keine wesentliche Veränderung erfahren dürfen.

Die Sicherstellung von Fallkosten-Stabilität hat im einzelnen zum Ziel, dass

- die Kostenträger im Zuge der Tarifumstellung keine unzumutbaren Risiken in Form eines Kostenschubs tragen müssen,
- nicht alle oder eine Gruppe von Leistungserbringern in einer Übergangsphase unzumutbaren Risiken eines Umsatzrückgangs und im schlimmsten Fall der Illiquidität ausgesetzt werden,
- die Ausgaben der Versicherer im Zusammenhang mit diesem Konzept nicht zu Prämierhöhungen und/oder Qualitätseinbussen führen,
- die Wirtschaft bzw. die Gesellschaft in letzter Konsequenz nicht unzumutbare Lasten aus der Tarifumstellung zu tragen haben.

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

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

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

## 1.2 Gegenstand und Ebenen

Alle Leistungen, die durch die Tarifstruktur TARMED (Nomenklatur) geregelt werden, sind Gegenstand von Fallkosten-Stabilisierung.

Fallkosten-Stabilisierung wird somit ausschliesslich auf der Basis des TARMED relevanten Leistungsumfangs festgelegt. Einzig die von Versicherern beglichenen Rechnungsbeträge können Gegenstand von Fallkosten-Stabilisierung sein, denn nur diese spiegeln letztlich die Nettopogeldflüsse wider, welche ihrerseits die Grundlage für eine korrekte Prämienbemessung bilden. Nicht in die Überlegungen der Fallkosten-Stabilisierung gelangen infolgedessen zurückgewiesene und beanstandete Rechnungsbeträge.

Zentrale Bezugsgrösse für die Fallkosten-Stabilisierung sind die durch das TARMED-Leistungsspektrum hervorgerufenen, mittleren Monats-Fallkosten, d.h. die durchschnittlichen Fallkosten pro Monat (siehe Abschnitt 2.1).

Fallkosten-Stabilisierung lässt sich bezogen auf TARMED auf verschiedenen Ebenen für verschiedene Kostenblöcke festlegen und darstellen (siehe Grafik 1). Relevant sind die erste und zweite Ebene und damit die Kostenblöcke für

- die gesamte mit TARMED abgerechnete Leistungserbringung durch die freipraktizierenden Ärzte sowie durch den ambulanten Bereich der Spitäler (= Gesamt),
- die Leistungserbringung durch die freipraktizierenden Ärzte (= Arztpraxis)<sup>1</sup>,
- die Leistungserbringung durch den ambulanten Bereich der Spitäler (= Spital ambulant)<sup>1</sup>.

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

Folgende Konsequenzen ergeben sich:

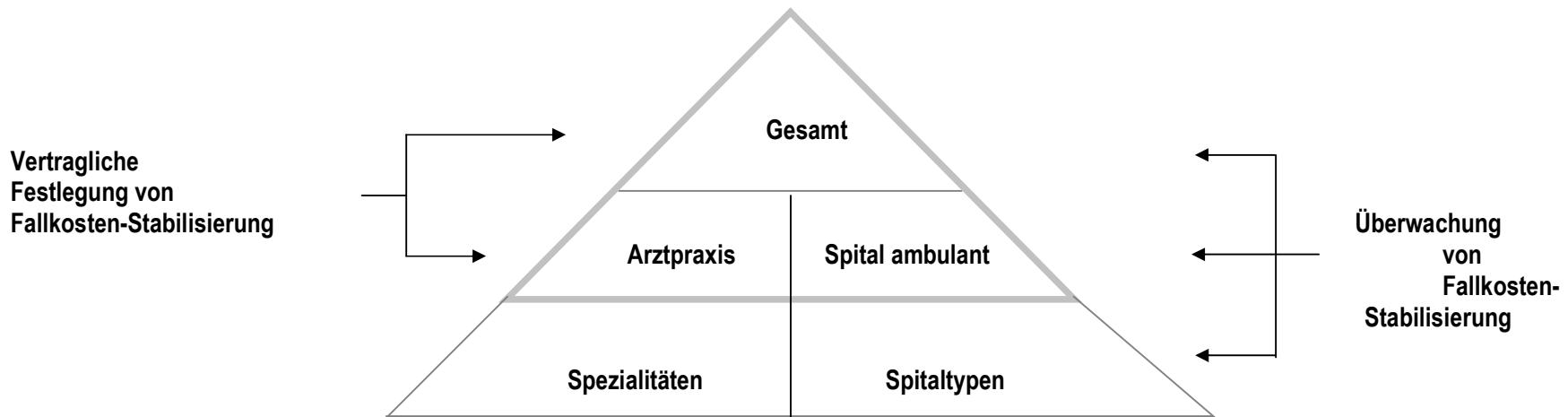
- Die Festlegung von Fallkosten-Stabilisierung auf den Ebenen Gesamt sowie Arztpraxis und Spital ambulant bedeutet, anzuerkennen, dass eine Tarifanpassung bei einer Abweichung unverzüglich vorzunehmen ist.
- Die zusätzliche Überwachung der Kostenentwicklung auf Ebene der Spezialitäten und der Spitaltypen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

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

---

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

**Grafik 1:** Ebenen von vertraglicher Fallkosten-Stabilisierung und deren Überwachung.



**Gesamt:** Alle durch TARMED induzierten Kosten der ärztlichen und technischen Leistungserbringung davon:

**Arztpraxis:** Kosten der Leistungserbringung durch die freipraktizierenden Ärzte

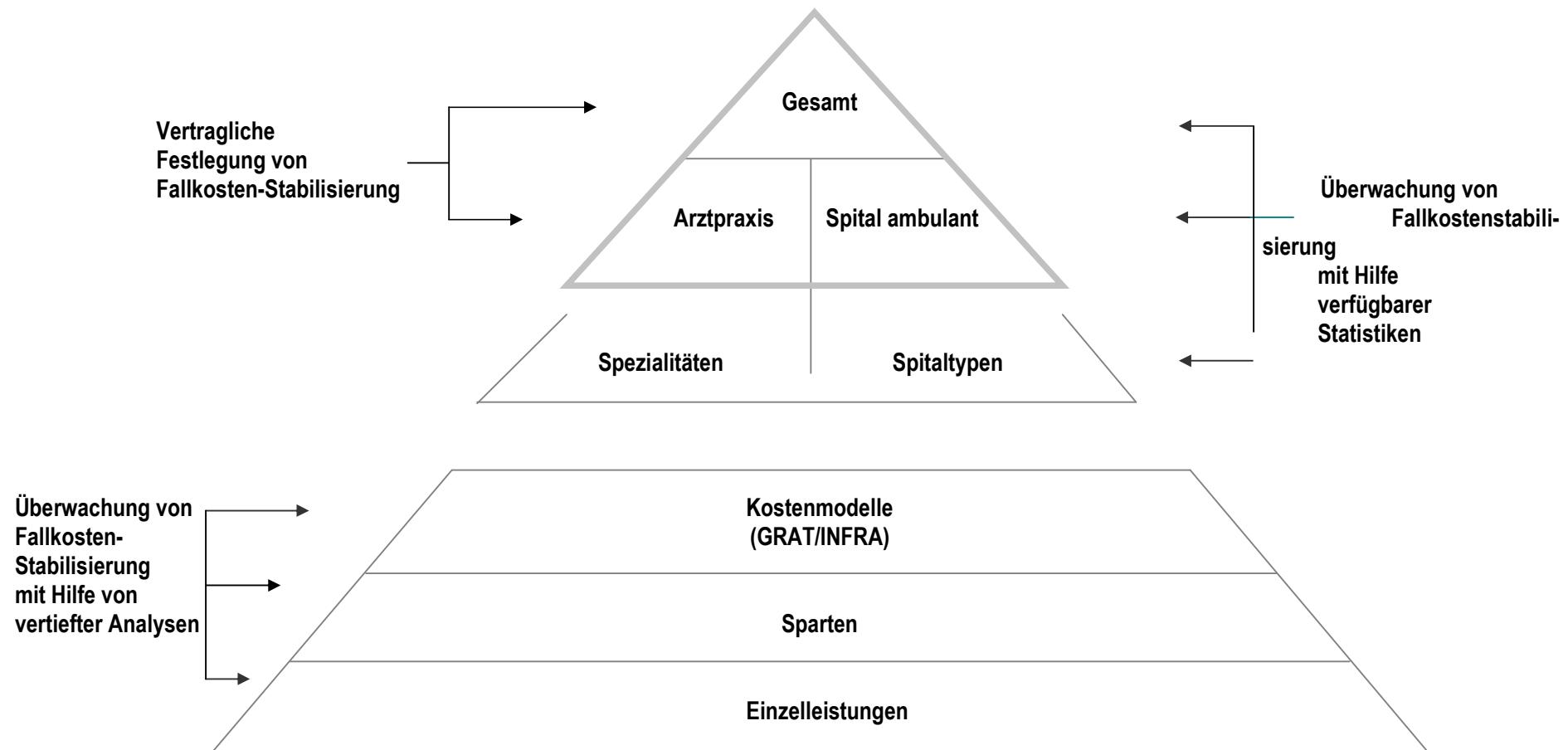
**Spital ambulant:** Kosten der Leistungserbringung durch den ambulanten Bereich der Spitäler

**Spezialitäten:** Kosten der Leistungserbringung nach Spezialitäten (Arztpraxis)

**Spitaltypen<sup>2</sup>:** Kosten der Leistungserbringung nach Spitaltypen (Spital ambulant)

<sup>2</sup> Hierzu gehören Universitätsspitäler, öffentliche und private Akutspitäler sowie übrige Spitäler.

**Grafik 2:** Ebenen von Fallkosten-Stabilisierung sowie statistische und analytische Tiefenstruktur



### 1.3 Grundprinzipien und Rahmenbedingungen

Innerhalb der folgenden Grundprinzipien und Rahmenbedingungen ist die Fallkosten-Stabilisierung zu realisieren.

- Es sind die Bereiche der UV, MV und IV zu berücksichtigen.  
In diesem Zusammenhang wird,
  - ausgehend von den Daten der Suva auf den Gesamtbereich der Unfallversicherung geschlossen,
  - die Daten der Militärversicherung separat erhoben, Schlussfolgerungen zu Fallkosten-Stabilisierung jedoch in einer gemeinsamen Betrachtung mit der Unfallversicherung vorgenommen,
  - der Bereich der Invalidenversicherung autonom behandelt; eine allfällige Tarifkorrektur jedoch in Abstimmung mit der Unfall- und der Militärversicherung vorgenommen.
- Ausserdem sind für die drei Bereiche die von der FMH resp. von H+ beigebrachten Daten massgeblich einzubeziehen.
- Gegenstand sind die mit TARMED im Vergleich zum bisherigen Spitalleistungskatalog resp. UV/MV/IV-Arztarif in Rechnung gestellten und durch die Versicherer vergüteten Leistungen.
- Die mittleren Monatsfallkosten müssen innerhalb einer Bandbreite stabil bleiben (vgl. Grafik 3 sowie Punkt 2.2 Korridor).
- Die Dauer der Beobachtung beträgt ab dem Einführungszeitpunkt 18 Monate, d.h. 6 Monate Umstellungsphase auf TARMED bezüglich der Rechnungsstellung und 12 Monate effektive Fallkostenstabilitäts-Steuerung.
- Eine notwendige Taxpunktveranpassung erfolgt monatlich.
- Ausgangspunkt sind die mittleren Monatsfallkosten in den Jahren n-1 bis n-3 (n = 200~~x~~ als Referenzjahr zur Festlegung der Fallkosten-Stabilisierung).
- Die Interventionen können differenziert erfolgen. Wegeleitend ist, gezielt die für Fallkostenstabilitäts-Verletzung verantwortlichen Leistungserbringer zu einem adäquaten Verhalten zu veranlassen und Tarifpositionen, die zur Tarifausschöpfung verleiten bzw. relevant kostentreibend sind, zu modifizieren oder allenfalls zu eliminieren. Kostensenkende Elemente werden dabei berücksichtigt.

### 1.4 Koordination mit der Krankenversicherung

Die Gemeinsamkeiten von UV-, MV- und IV-Versicherungen mit der Krankenversicherung beschränken sich bei Fallkosten-Stabilisierung auf

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

Unterschiedlich gehandhabt werden müssen

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

## 2 Operationalisierung der Fallkosten-Stabilisierung

### 2.1 Mittlere Monats-Fallkosten

Zentrale Bezugsgrösse bei der Überwachung und Sicherstellung von Fallkosten-Stabilisierung in Bezug auf die relevanten Kostenblöcke (siehe Abschnitt 1.3) sind die mittleren Monats-Fallkosten. Hierbei ist eine Bereinigung der Statistiken gemäss TARMED-Leistungsspektrum erforderlich, d. h. Medikamente, Physiotherapie, u. a. sind aus den zu betrachtenden Kosten auszuscheiden. Monats-Fallkosten ergeben sich aus der Summe bezahlter Rechnungen während eines Kalendermonats in Zusammenhang mit einem Fall. Als Fall zählt eine durch die Unfallnummer bzw. durch die Identifikation der jeweiligen Versicherung gekennzeichnete Behandlung einer versicherten Person mit Heilkostenzahlungen. Dadurch sind bei Betrachtungsperioden von mehr als einem Monat Mehrfachnennungen möglich (Fall in mehreren Monaten aktiv).

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

### 2.2 Fallkostenstabiler Korridor

Fallkosten-Stabilisierung kann in Form eines Korridors dargestellt werden (siehe Grafik 3).

Der 'fallkostenstabile Korridor' steckt Fallkosten-Stabilität in einer Bandbreite ab, die weder überschritten noch unterschritten werden darf. Ist dies der Fall, ist eine Anpassung des Tarifs erforderlich.

Mit dem 'fallkostenstabilen Korridor' wird

- der Beobachtungszeitraum (beträgt ab Tarifeinführung 18 Monate ),
- die Korridormitte (= Niveau per 1.7.200x)
- die Bandbreite (um die Korridormitte)

festgelegt.

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

Als Basisjahre für die Berechnung der Korridormitte dient die Periode 6.200x bis 6.200x. Zur Berechnung der Bandbreite wird der Zeitraum von 6.199x bis 6.200x herangezogen.<sup>3</sup>

Die Korridormitte wird durch das gewichtete Mittel der Fallkosten aus den letzten 13 Zeitreihenwerten der gleitenden 12-Monatsmittel bestimmt, wobei dem letzten Datenwert (Januar bis Dezember 2003) das Gewicht 13 und dem ersten 12-Monatsmittel (Januar bis Dezember 2002) der Wert 1 zugeordnet wird.

---

<sup>3</sup> Der Modellansatz lautet:  $FKS = c + a \cdot t + b \cdot t^{1/2}$ .

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

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

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

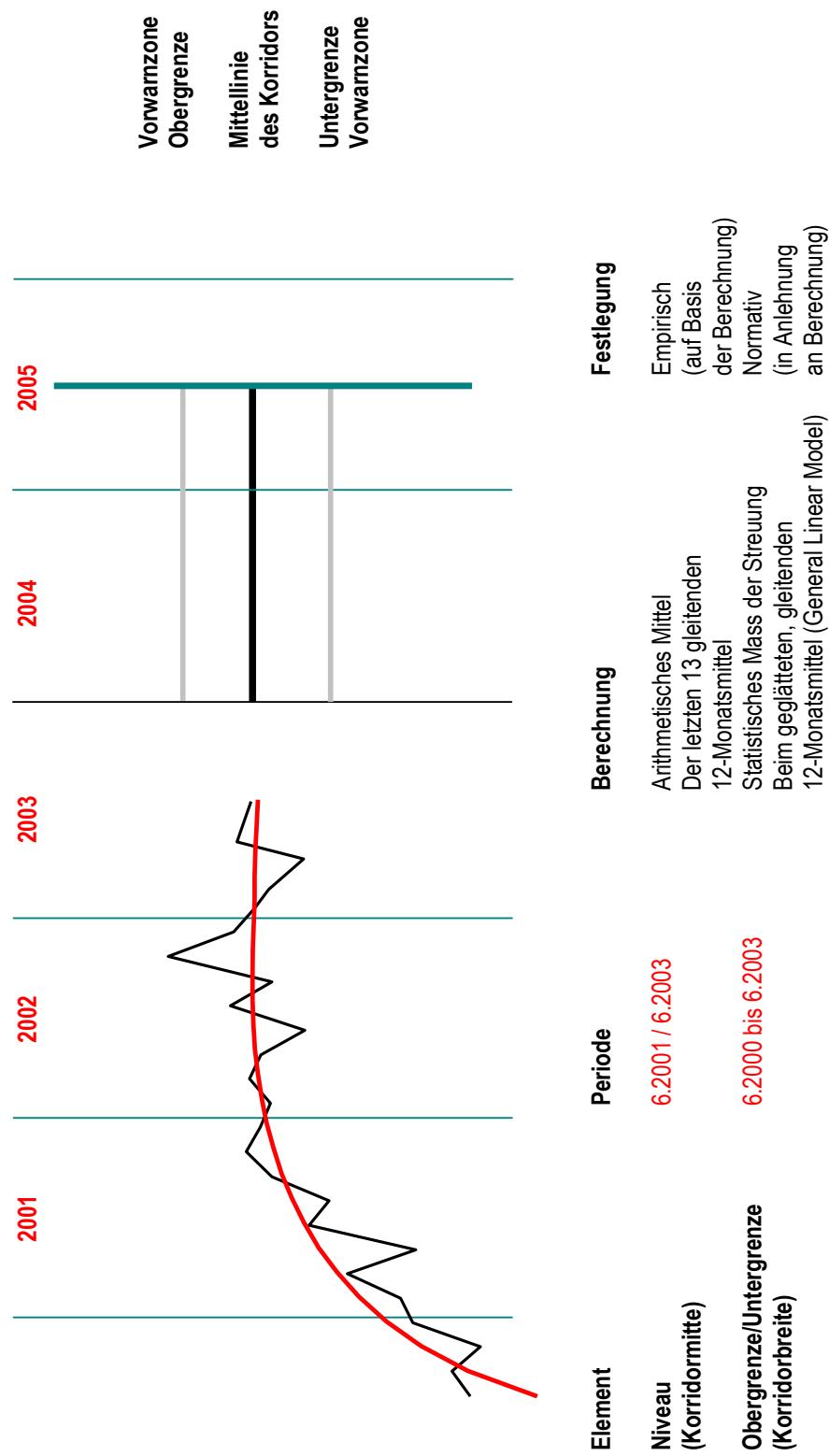
Breite des Toleranzbandes im 1. Berichtsmonat:  $b(1) = b \times 1.2$  (10% höher und 10% tiefer).

Breite des Toleranzbandes im 12. Berichtsmonat:  $b(12) = b(13) = b$ .

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

**Grafik 3: Prinzipdarstellung des 'fallkostenstabilen Korridors'**

**Zeitpunkt der Tarifumstellung, inkl. allfällige Anpassung einer Kostenveränderung**



## 2.3 Abweichung von Fallkosten-Stabilisierung

### 2.3.1 Grundsatz

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

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

- Fallkostenstabilisierungs-Verletzung ohne identifizierbare Leistungserbringergruppe oder ohne ursächlich lokalisierbare Leistung oder Leistungsgruppe
- Fallkostenstabilisierungs-Verletzung, feststellbar bei einer Leistungserbringergruppe
- Fallkostenstabilisierungs-Verletzung auf einer Leistung oder Leistungsgruppe feststellbar, ohne klaren Bezug zu einer Leistungserbringergruppe

### 2.3.2 Taxpunktwert-Korrektur

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

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

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

### 2.3.3 Korrektur-Algorithmus

Nach der Einführung wird monatlich die Kostenentwicklung verfolgt und in Monatsberichten (Vgl. Ziff. 4.3) dokumentiert. Wird im Monat X eine Verletzung der Fallkosten-Stabilisierung festgestellt, so wird die resultierende Taxpunktwert-Anpassung grundsätzlich gemeinsam und zeitgleich für die Bereiche UV/MV/IV im Monat X + 3 umgesetzt. Die berechneten Taxpunktwerte werden dabei auf Rappen genau gerundet.

# 3 Taxpunktwert-, Tarifstrukturanpassung

## 3.1 Grundsätze

Die festgestellten Fallkostenstabilisierungs-Abweichungen werden durch eine Assessment-Kommission beurteilt. Die Vertragsparteien entscheiden innerhalb eines Monats über die notwendigen Korrekturen des Taxpunktwertes oder der Tarifstruktur.

## 3.2 Assessment-Kommission (AK)

### 3.2.1 Aufgabe, Kompetenzen

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

### 3.2.2 Zusammensetzung

Die AK setzt sich aus je 3 Vertretern von H+ und von MTK/MV/IV zusammen.

Sie tagt monatlich mindestens einmal.

### 3.2.3 Koordination

Die AK koordiniert sich mit der AK FMH-MTK/MV/IV sowie bezüglich Korrekturen der Tarifstruktur auch mit san-suisse.

## 3.3 Taxpunktwert-Korrekturen

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

## 3.4 Korrektur der Tarifstruktur

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

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

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

### **3.5 Erwahrung der Korrekturmassnahmen**

Notwendige Korrekturen des Taxpunktwertes resp. von Teilen der Tarifstruktur werden durch die Vertragspartner monatlich erwährt. Bei Nichterwähren durch eine Vertragspartei bleibt die Kündigung gemäss Vertrag vom 30. Juni 2003, Art. 17 Abs. 4, vorbehalten.

## **4 Monatsbericht**

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

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

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

Die Vertragspartner legen sämtliche Daten gegenseitig offen.

### **4.1 Basisinformation**

- Angabe der prozentualen Kostenvolumina, Anzahl Fälle pro Kanton, Anzahl Ärzte und Spitäler, evtl. nach Facharztrichtung
- Allgemeine Erklärungen/Erläuterungen/Begriffsdefinitionen
- Erläuterungen zu Konstellationstypen und -gruppen
- Berichtsnummer, z.B. Nr. 1/04.2004
- Pro Kostenblock: Deklaration des fallkostenstabilen Niveaus und des fallkostenstabilen Korridors
- Historie: Liste der Monate mit Verletzung der Fallkosten-Stabilisierung unter Angabe des Typus der Korrekturen und des Datums der Inkrafttretung.

## 4.2 Tabellen und Graphiken

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

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

## 4.3 Beispiel

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

Für die Monate bis zur Inkraftsetzung der TPW-Anpassung (Monate X, X + 1 und X + 2) wird  $k$  mit dem Gewicht 1 versehen. Für die beiden darauf folgenden Monate wird der Korrekturfaktor nichtlinear degressiv reduziert auf das Gewicht 0.8 für X + 3 und 0.2 für X + 4. Ab Monat X + 5 werden die Monatswerte nicht mehr korrigiert (Gewicht 0). Diese Gewichte basieren auf der Annahme, dass vor der Inkrafttretung alle Rechnungen mit dem bisherigen TPW gestellt werden; im ersten Monat nach der Taxpunktwert-Änderung (X + 3) noch ca. 80% der Rechnungen mit dem alten TPW zu erwarten sind, im Monat X + 4 noch deren 20% und erst im Monat X + 5 alle Rechnungen den neuen TPW verwenden. Daraus folgt, dass sich eine Taxpunktwert-Korrektur rechnerisch bis zum Monatsbericht X + 15 auswirkt, da er das gleitende Monatsmittel der Monate X + 4, …, X + 15 umfasst.

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