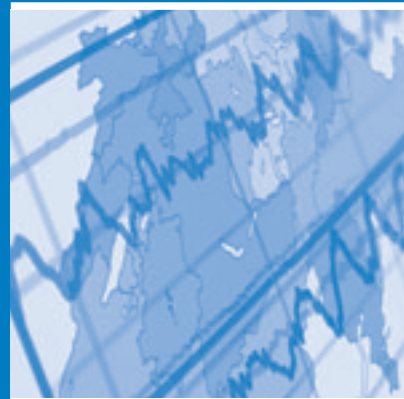


Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

TARMED

Vorbereitung einer Wirkungsanalyse über die Einführung sowie die Wirkungen von TARMED



BAG OFSP UFSP SFOPH

Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

TARMED

Vorbereitung einer Wirkungsanalyse über die
Einführung sowie die Wirkungen von TARMED

Institut für Politikwissenschaft, Universität Zürich
Thomas Widmer
Kurt Bisang
Christian Moser

Dezember 2004

Das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht in seiner Reihe «Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung» konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Gesundheit wieder.

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit

Publikationszeitpunkt: Juni 2005

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Gesundheit.

Weitere Informationen: BAG, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Bruno Fuhrer, Telefon +41 (0)31 325 00 25
bruno.fuhrer@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Bezugsquelle: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

BBL-Artikelnummer: Form. Nr. 316.703

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 6.05 300 kombi 60EXT05001

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Avant-propos	2
Premessa	3
Foreword	4
Zusammenfassung	5
Résumé	10
Riassunto	15
Summary	20
1 Einleitung	25
1.1 Ausgangslage	25
1.2 Auftrag der Vorbereitungsstudie	25
1.3 Ziele der zukünftigen Wirkungsanalyse	26
1.4 Inhalt dieses Schlussberichts	26
1.5 Exkurs: Zur Vorgeschichte von TARMED	27
2 Vorgehen	30
2.1 Konzeptionelle Grundannahmen zum Evaluationskonzept	30
2.2 Vorgehen zur Entwicklung einer Zielliste und des Wirkungsmodells	31
2.3 Abklärungen der bestehenden Datenlage	32
2.4 Erste Bestandesaufnahme	33
2.5 Entwicklung des Evaluationskonzepts	34
3 Zielliste, Wirkungsmodell und zentrale Fragestellungen	35
3.1 Zielliste von TARMED	35
3.1.1 Zentrale Ziele von TARMED	35
3.1.2 Weitere Ziele von TARMED	36
3.2 Wirkungsmodell von TARMED: Übersicht	37
3.3 Fragestellungen für die Wirkungsanalyse	40
3.3.1 Zentrale Fragestellungen für die Wirkungsanalyse	40
3.3.2 Weitere Fragestellungen für die Wirkungsanalyse	41
3.3.3 Vernachlässigbare Fragestellungen	42
4 Erste Bestandesaufnahme der Wirkungen von TARMED	43
4.1 Zweck der Bestandesaufnahme	43
4.2 Leistungsentwicklung in den Arztpraxen nach Einführung TARMED	43
4.2.1 Empirie	43
4.2.2 Interpretation	47
4.2.3 Folgerungen für die Wirkungsanalyse	47
4.3 Transparenz der Leistungserbringung	47
4.3.1 Empirie	48
4.3.2 Interpretation	49
4.3.3 Empfehlungen	50
4.4 Tarifpflege	50

4.4.1	Empirie	51
4.4.2	Interpretation	52
4.4.3	Empfehlungen	52
4.5	Kostenneutralität	52
4.5.1	Empirie	52
4.5.2	Interpretation	55
4.5.3	Empfehlungen	56
4.6	Weitere Wirkungen	57
4.6.1	Einkommenssituation der Facharztgruppen	57
4.6.2	Offene Fragen	61
4.7	Bilanz aus der ersten Bestandesaufnahme	62
5	Evaluationsplan	63
5.1	Beschreibung der einzelnen Arbeitsmodule	64
5.1.1	Modul 1: Überprüfung und Aktualisierung des Wirkungsmodells TARMED	64
5.1.2	Modul 2: Leistungs- und Kostenentwicklung in den freien Arztpraxen	65
5.1.3	Modul 3: Transparenz der Leistungserbringung	69
5.1.4	Modul 4: Prozessevaluation der Tarifpflege	72
5.1.5	Modul 5: Evaluation der Umsetzung der Vereinbarung zur Kostenneutralität	74
5.1.6	Modul 6: Leistungs- und Kostenentwicklung in den öffentlichen und privaten Spitälern;	76
5.1.7	Modul 7: Entwicklung der Einkommenssituation der Facharztgruppen	80
5.1.8	Modul 8: Entwicklung der Investitionen von Ärzten und Spitälern in technische Geräte	83
5.1.9	Modul 9: Entwicklung des Administrationsaufwandes der Leistungserbringer und Krankenversicherer	85
5.1.10	Modul 10: Entwicklung der Situation der Belegärzte	86
5.1.11	Modul 11: Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer	87
5.1.12	Modul 12: Gesamtbeurteilung der Einführung und Wirkungen von TARMED – Synthese	88
5.1.13	Zusammenfassender Überblick	89
5.2	Kalkulation der ungefähren Kosten für die Realisierung der Evaluation	90
5.3	Zeitplan und Terminierung	91
5.4	Fazit	91
	Literaturverzeichnis	93
A	Anhang	97
	Anhang 1: Liste der Gesprächspartner	98
	Anhang 2: Beschreibung bestehender Datenquellen	99
	Anhang 3: Entwürfe des Wirkungsmodells	105

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht über die Kapitel und Inhalte des Schlussberichts	27
Tabelle 2:	Zentrale Zielsetzungen von TARMED	36
Tabelle 3:	Weitere Ziele von TARMED	37
Tabelle 4:	Zentrale Fragestellungen für die Wirkungsanalyse von TARMED	41
Tabelle 5:	Fragestellungen für die Wirkungsanalyse von TARMED mit sekundärer Bedeutung	42
Tabelle 6:	Durchschnittliche monatliche Brutto-Kosten für ärztliche Leistungen in CHF pro Versicherten (ohne Kategorie Medikamente)	44
Tabelle 7:	Prozentuale Veränderung der monatlichen Brutto-Kosten für ärztliche Leistungen (ohne Kategorie Medikamente)	46
Tabelle 8:	Kantonale Start-Taxpunktwerte und Taxpunktwerte nach Anpassungen für Ärzte	53
Tabelle 9:	Verrechnete Kosten nach KVG in CHF nach ärztlichen Leistungserbringern mit Veränderungen im Wachstum über die Zeit	58
Tabelle 10:	Übersicht über die Arbeitsmodule der Wirkungsanalyse	63
Tabelle 11:	Übersicht über vorhandene Sekundärdaten und Datenquellen (Modul 2)	68
Tabelle 12:	Übersicht über vorhandene Sekundärdaten und Datenquellen (Modul 6)	79
Tabelle 13:	Übersicht über vorhandene Sekundärdaten und Datenquellen (Modul 7)	82
Tabelle 14:	Übersicht über die Datenquellen und Primärerhebungen der Arbeitsmodule	89

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Vorgehen zur Entwicklung des Wirkungsmodells	31
Abbildung 2:	Wichtige Variablen und Wirkungszusammenhänge	39
Abbildung 3:	Dynamische Wirkungsweise von TARMED in der Zeitdimension	67
Abbildung 4:	Abstraktes Wirkungsmodell	105
Abbildung 5:	Erster Entwurf des Wirkungsmodells	106
Abbildung 6:	Zweiter (revidierter) Entwurf des Wirkungsmodells	107
Abbildung 7:	Wirkungsmodell als Ausgangspunkt für die Wirkungsanalyse 2005/06	108

Abkürzungsverzeichnis

AL	ärztliche Leistung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAMV	Bundesamt für Militärversicherung
BfS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum / Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FMS	Foederatio Medicorum Scrutantium / Vereinigung der operationell und invasiv tätigen Ärzte der Schweiz
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GPK	Geschäftsprüfungskommission
GRAT	Gesamtrevision Arzttarif
G7	Delegation der kantonalen Ärztegesellschaften
H+	Spitzenverband der Spitäler der Schweiz
HMO	Health Maintenance Organization
IV	Invalidenversicherungen
KKDB	Krankenkassendatenbank
KN	Kostenneutralität
KV	Krankenversicherung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Krankenversicherungsverordnung
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
PaKoDig	Paritätische Kommission Dignität
PIK	Paritätische Interpretationskommission
PTK	Paritätische Tarifkommission
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
SGAM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin
S-TPW	Start-Taxpunktwert
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
TL	technische Leistung
TP	Taxpunkt
TPW	Taxpunktwert
UV	Unfallversicherung
UVG	Unfallversicherungsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

Vorwort des Bundesamtes für Gesundheit

Mit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahre 1996 trat auch die Bestimmung in Kraft, wonach Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen. Angesichts des vom KVG vorgesehen Vertragsprimats im Tariffbereich oblag es den Versicherern und Leistungserbringern, eine solche Struktur zu erarbeiten. Nach jahrelangen Arbeiten und zähen Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern konnte mit der Einführung des TARMED per 1. Januar 2004 für die Abrechnung von ambulanten Arztleistungen die eingangs erwähnte gesetzliche Bestimmung des KVG umgesetzt werden.

Bereits bei der Ausarbeitung des TARMED wurde deutlich, dass der Tarif im Spannungsfeld vielfältigster Interessen steht, die sich nicht auf die grundsätzlich gegenüberstehenden Interessen zwischen Leistungserbringer und Versicherer beschränken. Auch hat die Einführung des TARMED den gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen und somit kostenneutral zu erfolgen, geht es doch um ein Abrechnungsvolumen von mehr als 6 Milliarden Franken. Die Einführung des TARMED ist folglich mit vielen Erwartungen und Befürchtungen verknüpft. Umso wichtiger ist es deshalb, eine wissenschaftliche Studie – wie dies im Rahmen der Evaluation des KVG vorgesehen ist – über die Einführung und Wirkungen des TARMED durchzuführen. Die vorliegende Studie legt den Grundstein dazu, indem sie als Ergebnis einen detaillierten Evaluationsplan für die eigentliche, in einem zweiten Schritt vorgesehene Wirkungsanalyse enthält. Die Studie enthält zudem eine erste Bestandaufnahme und gibt einen Eindruck über die bisherige Entwicklung. Damit wird gleichzeitig das Anliegen des Postulates der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates aufgenommen, welches den Bundesrat auffordert, eine Wirkungsanalyse zur Einführung des TARMED durchzuführen.

Bruno Fuhrer, Projektleiter

Avant-propos de l'Office fédéral de la santé publique

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur en 1996, stipule que les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Comme la LAMal repose sur le principe de la primauté des conventions dans le domaine tarifaire, il incombe aux assureurs et aux fournisseurs de prestations d'élaborer une telle structure. Après bien des années de travaux et d'âpres négociations entre partenaires tarifaires, le TARMED est entré en vigueur le 1er janvier 2004, concrétisant pour le décompte des prestations médicales ambulatoires la disposition susmentionnée de la LAMal.

Dès l'élaboration du TARMED, il est clairement apparu que le tarif était l'enjeu d'intérêts très divers, allant au-delà des intérêts en principe opposés des fournisseurs de prestations et des assureurs. Sa mise en place s'inscrit également dans un cadre juridique et politique particulier, puisqu'elle ne doit pas avoir d'incidence sur les coûts – en l'occurrence, le volume des prestations facturées dépasse 6 milliards de francs. L'introduction du TARMED suscite donc beaucoup d'attentes mais aussi de craintes. D'où l'importance de mener une étude scientifique – au titre des évaluations prévues de la LAMal – sur la mise en place du TARMED et sur ses effets. La présente étude pose la première pierre à cet effet, à savoir l'élaboration d'un plan d'évaluation détaillé pour l'analyse des effets proprement dite, prévue dans un second temps. Elle inclut en outre un premier bilan et retrace l'évolution de la situation à ce jour. En même temps, elle tient compte d'un postulat de la Commission de gestion du Conseil des Etats, invitant le Conseil fédéral à mener une analyse des effets de l'introduction du TARMED.

Bruno Fuhrer, chef de projet

Premessa dell'Ufficio federale della sanità pubblica

Nel 1996, con l'introduzione della nuova legge sull'assicurazione malattie (LAMal), è entrata in vigore anche la disposizione secondo cui le tariffe per singola prestazione devono basarsi su una struttura tariffale uniforme, stabilita per convenzione a livello nazionale. In virtù della competenza contrattuale prevista dalla LAMal nel settore delle tariffe, era compito degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni elaborare una tale struttura. La summenzionata disposizione legale è stata eseguita con l'introduzione del TARMED per il conteggio delle prestazioni mediche ambulatoriali, entrato in vigore il 1° gennaio 2004 dopo anni di lavoro e laboriose trattative tra i partner tariffali.

Già durante l'elaborazione del TARMED è apparso chiaro che il tariffario è fonte di conflitto tra interessi più disparati, che non sono solo quelli fondamentalmente opposti dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori. L'introduzione del TARMED deve avvenire nel rispetto delle condizioni quadro legali e politiche e quindi essere neutrale sul piano dei costi, dal momento che il volume delle prestazioni fatturate è di oltre 6 miliardi di franchi. Sono pertanto numerosi i timori e le aspettative legati all'introduzione del tariffario. Per questo motivo è importante effettuare uno studio scientifico, nell'ambito della valutazione della LAMal prevista, sull'introduzione e gli effetti del TARMED. Il presente studio getta le basi per l'analisi degli effetti, prevista in un secondo tempo, presentando un piano di valutazione dettagliato. Lo studio contiene inoltre un'analisi preliminare della situazione e illustra brevemente l'evoluzione registrata fino ad oggi. Si dà così seguito alla richiesta del postulato della Commissione della gestione del Consiglio degli Stati, che invita il Consiglio federale a svolgere un'analisi degli effetti dell'introduzione del TARMED.

Bruno Fuhrer, capoprogetto

Foreword from the Swiss Federal Office of Public Health

The enactment of the new Health Insurance Law (KVG) in 1996 introduced a new provision according to which fee-for-service tariffs must be based on a uniform tariff structure agreed for the whole of Switzerland. In view of the primacy of contract foreseen by the KVG in matters relating to tariffs, it fell to the insurers and service providers to develop an appropriate structure. After years of work and tough negotiations between the contracting partners, TARMED came into effect on 1 January 2004. This tariff schedule forms the basis for fee-for-service billing of medical services in an ambulatory setting and thus implements the legal requirement of the KVG mentioned above.

It became clear even as TARMED was being developed that the tariff affects the interests of various players, far beyond the directly opposed interests of service providers and insurers. Furthermore, it was necessary for the introduction of TARMED to take account of the existing legal and political framework and thus to be cost neutral, since it would be affecting a billing volume in excess of CHF 6 billion. Consequently, the introduction of TARMED raised many expectations and concerns. It is therefore all the more important to carry out an academic study of the introduction and impact of TARMED – as foreseen within the broader framework of the KVG-evaluation. The present study is intended as a foundation for this work, and proposes a detailed plan for the actual evaluation which will be carried out in a second stage. This study also provides an initial survey of the situation and gives an idea of the evolution so far; thus taking up the Council of States' Control Committee postulate which asks the Federal Council to have an impact analysis of the introduction of TARMED conducted.

Bruno Fuhrer, Project Manager

Zusammenfassung

Ausgangslage und Auftrag

TARMED, die neue Einzelleistungstarifstruktur für Arztleistungen, ist per 1. Januar 2004 für ambulante ärztliche Leistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Kraft getreten. Gemäss Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KV) ist das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) bzw. neu das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, die Durchführung und die Auswirkungen des KVG zu evaluieren. Aus diesem Grund hat das BSV im Oktober 2003 eine Studie ausgeschrieben, die zum einen eine umfassende Wirkungsanalyse (oder: Evaluation) *vorbereiten* und zum anderen eine *erste Bestandesaufnahme* der bisherigen Umsetzung sowie erster Wirkungen der Einführung von TARMED vornehmen soll.

Mit der vorliegenden Studie werden die Fragestellungen für die Evaluation formuliert, die Datenlage abgeklärt und ein Plan für die Wirkungsanalyse entworfen, deren Resultate frühestens für das Jahr 2006 zu erwarten sind. Zudem enthält sie eine erste Bestandesaufnahme der Wirkungen der Einführung von TARMED im Krankenversicherungsbereich. Damit dient dieser Schlussbericht auch als Grundlage zur Beantwortung eines Postulats der Geschäftsprüfungskommission des Ständerats über die Wirkungen von TARMED (Postulat 02.3177).

Die Zusammenfassung konzentriert sich auf die wichtigsten Resultate und Empfehlungen aus der Bestandesaufnahme und auf die Folgerungen für die spätere Evaluation. Dazu ist folgendes vorzuschicken:

- Die *Bestandesaufnahme* hat nicht den Stellenwert einer Zwischenevaluation von TARMED und kann die ersten Wirkungen sowie die Erfolge und Probleme in der Umsetzung erst teilweise skizzieren. Ein vollständigeres Bild ist erst mit genügender zeitlicher Distanz und mit einem angemessenen Zugang zu methodisch konsolidierten Daten über die Leistungsentwicklung möglich. Insgesamt erlaubt die erste Bestandesaufnahme aber bereits einige – allerdings mit Vorsicht zu geniessende und nur beschränkt gültige – Aussagen über die Umsetzung und Wirkungen von TARMED während der ersten Monate der Kostenneutralitätsphase.
- Die beschränkte Aussagekraft der ersten Bestandesaufnahme sowie die Ungewissheit über die mittelfristigen Wirkungen von TARMED in den zentralen Zieldimensionen bestärken die Notwendigkeit einer systematischen, unabhängigen *Evaluation*. Das im Rahmen dieser Vorbereitungsstudie entwickelte Wirkungsmodell zu TARMED eignet sich als Grundlage für die Evaluation, indem es eine systematische und begründete Ableitung und Selektion der Fragestellungen und damit eine Fokussierung der Evaluation auf die wichtigsten Wirkungszusammenhänge erlaubt.

Erste Bestandesaufnahme 2004

Bisherige Zielerreichung

Die Bestandesaufnahme erlaubt erste Aussagen über die bisherige Zielerreichung von TARMED in den drei *zentralen Zieldimensionen* der Tarifstruktur.

- TARMED zielt auf eine *Aufwertung der intellektuellen respektive ärztlichen Leistungen* gegenüber den technischen (apparativen) Leistungen. Mit der Aufwertung der intellektuellen Leistungserbringung verbunden ist als Folge, dass die bestehenden Einkommensunterschiede zwischen verschiedenen Facharztgruppen verringert werden sollen.

Seit der Einführung von TARMED sind die Mengen und Kosten der erbrachten ärztlichen Leistungen (soweit sich das bisher ansatzweise feststellen lässt) signifikant gestiegen. Die bisherigen Korrekturen der Taxpunktweite durch das Kostenneutralitätsbüro lassen hingegen erwarten, dass die Kosten

in den nächsten Monaten nach unten korrigiert werden. Die Gründe für die beobachtete Mengenzunahme können erst mit genügender zeitlicher Distanz und konsolidierten Daten analysiert werden.

Aufgrund der bisherigen Entwicklung der verrechneten Kosten von Leistungen nach Facharztgruppen ist zu vermuten, dass das Ziel einer Neubewertung technischer bzw. intellektueller Leistungen und die Verringerung der Einkommensdifferenzen höchstens in bescheidenem Masse erreicht werden. Setzt sich die eingeschlagene Entwicklung fort, ist weiter zu vermuten, dass unter dem Strich zwar einzelne spezifische Facharztgruppen mit der Neubewertung klar höhere bzw. tiefere Einkommen erzielen werden. Die beabsichtigte, grundlegende Neubewertung lässt sich aufgrund der uns zur Verfügung stehenden Daten bisher aber nicht erkennen.

- Die Tarifstruktur TARMED soll mehr *Transparenz* in der Leistungserbringung im ambulanten KVG-Bereich schaffen. Sie soll zunächst detaillierte Informationen über die erbrachten medizinischen Leistungen liefern, die bislang nicht in diesem Mass erfasst wurden. TARMED soll Vergleichsmöglichkeiten schaffen zwischen und innerhalb der Leistungen der Ärzte in der Praxis und den ambulanten Leistungen in den Spitälern, wie auch zwischen den Kantonen.

Beim Ziel der Förderung der Transparenz stehen die Tarifpartner gegen Ende 2004 noch am Anfang. Innerhalb der Ärzteschaft und der Krankenversicherer werden nun zwar mehr Informationen genutzt (teilweise solche, die erst über TARMED geschaffen wurden, teilweise aber solche, die sich in ähnlicher Weise bereits vorher hätten erheben lassen). Aus dieser Entwicklung haben die Aufsichtsbehörden und die Öffentlichkeit bislang aber keinen wesentlichen Nutzen ziehen können.

- Ein explizites politisches Ziel ist zudem die *kostenneutrale Einführung* von TARMED. Fixiert ist dieses Ziel in der Vereinbarung der Tarifpartner zur Einhaltung der Kostenneutralität von 18 Monaten ab Einführung des Tarifs. Über die Zeit dieser Einführungsphase hinaus gibt es keine expliziten Ziele zu den Kostenwirkungen von TARMED.

Die Kontrolle der Kostenneutralität durch die Tarifpartner sieht sich teilweise mit grösseren Schwierigkeiten konfrontiert. Im Spitalbereich konnte, bedingt durch Abrechnungsprobleme der Spitäler, bisher keine Steuerung der Taxpunktwerte erfolgen. Auf der Seite der Ärzteschaft ist die Situation deutlich besser, so dass mehrere Runden von Taxpunktwertanpassungen möglich waren und sich der Steuerungsmechanismus wunschgemäss eingespielt hat. Die Entscheide des Kostenneutralitätsbüros lassen sich durch Dritte allerdings nicht nachvollziehen, weil die den Entscheiden zugrundeliegenden Datenmaterialien nicht zugänglich gemacht werden.

Ausgangspunkt für die Einführung von TARMED im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung war die mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz im Jahre 1996 in Kraft getretene Bestimmung, wonach Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen. Diese Bestimmung wurde mit der Einführung von TARMED erfüllt, wenn auch einige Jahre später als in den Einführungsbestimmungen zum neuen KVG vorgesehen. Das Zustandekommen einer einheitlichen Tarifstruktur, die sowohl für die obligatorische Krankenpflegeversicherung als auch für die eidgenössischen Sozialversicherer (Unfall-, Invaliden- sowie Militärversicherung) gilt, ist positiv zu würdigen.

Bedeutungsvoll ist indessen, dass sich die in TARMED gesetzten Ziele nicht nur auf die Kostenfolgen beschränken, die üblicherweise im Mittelpunkt der politischen Debatten stehen, sondern dass die Neubewertung von intellektuellen und technischen Leistungen sowie die Steigerung der Transparenz in der Leistungserbringung ebenso wichtig sind.

Weitere Erfahrungen mit der Umsetzung

Weitere Feststellungen lassen sich für die Tarifpflege und die Steuerungsmöglichkeiten des Bundes und der Kantone formulieren:

- Im Bereich der *Tarifpflege* werden Veränderungen bisher über die Paritätische Interpretationskommission (PIK), über zwischen den Vertragsparteien beschlossene Notmassnahmen sowie vereinzelt über die Tarifpflege im engeren Sinn vorgenommen. Die eigentliche Tarifpflege in der Form von zusätzlichen oder gestrichenen Tarifpositionen oder geänderten Taxpunkten hat sich noch nicht eingespielt. Die vorgenommenen Veränderungen wurden durch Kommissionen gefällt, die im Milizsystem organisiert sind und im Einstimmigkeitsverfahren unter den Tarifpartnern entscheiden. Die mit der Schaffung des Büros TARMED Suisse vorgesehene professionalisierte Tarifpflege findet nicht statt, dafür fehlen dieser Stelle die notwendigen personellen Ressourcen und Informationsgrundlagen.
- Der *Bund* und die *Kantone* verfügen bezüglich der Umsetzung von TARMED nur über limitierte Kompetenzen, weil TARMED gemäss der Tarifautonomie des KVG bewusst als Vertragswerk zwischen den Tarifparteien konzipiert wurde. Ausnahmen sind die hoheitliche Festlegung der Taxpunktwerte im Falle einer fehlenden Einigung der Vertragsparteien durch die Kantonsregierungen und im Beschwerdefall durch den Bundesrat, sowie die allerdings noch nicht in nennenswerter Weise angewandte Genehmigung neuer Tarifpositionen. Vertreter der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Preisüberwachung haben teilweise Einsitz als Beobachter in TARMED-Gremien und sind in dieser Form an der Umsetzung beteiligt. Die Vertragsparteien verfügen im Vergleich zu den Beobachtern aber über einen erheblichen Informationsvorsprung, der sich seit der Einführung von TARMED tendenziell eher noch vergrössert hat.

Empfehlungen aufgrund der Bestandesaufnahme

Auf der Grundlage dieser ersten Bestandesaufnahme der bisherigen Umsetzung und Wirkungen von TARMED formulieren wir folgende Empfehlungen:

- Den Tarifpartnern ist zu empfehlen, dass sie für die Umsetzung der Tarifpflege eine professionelle Struktur schaffen. Falls TARMED Suisse diese Aufgabe wahrnehmen soll, sind entsprechende personelle Ressourcen und Informationsgrundlagen bereitzustellen. Derzeit basiert die Tarifpflege auf den paritätischen Kommissionen, also auf eigentlichen Milizorganisationen. Sollten in der Zukunft entscheidende Veränderungen des Tarifs mehrheitlich unter Ausschluss des Bundesrates (z.B. über die PIK) erfolgen, sollte der Bund seine Steuerungsansätze überdenken.
- Das Kostenneutralitätsbüro sollte gegenüber Dritten Transparenz herstellen und allenfalls die Vereinbarung zur Kostenneutralität in dieser Hinsicht ergänzen. Es wäre vorzuziehen, wenn die Kostenentwicklung im Sinne eines Monitoring langfristig und von einer in der Zusammensetzung ausgeglichenen oder ganz neutralen Stelle beobachtet wird.
- Die Datenmaterialien der *santésuisse* und *NewIndex AG* sollten durch die Versicherer und Ärzteschulgemeinschaften in anonymisierter Form und in einem nachvollziehbaren Datenformat dem Bund zur Verfügung gestellt werden. Der Bund muss intern die Ressourcen und Kompetenzen schaffen oder freistellen, um die Daten auszuwerten. Besonders wichtig scheint uns, dass die Daten in geeigneter Weise auch der Öffentlichkeit, d.h. den Prämienzahlern und Patienten zur Verfügung gestellt werden.
- Es sind Mechanismen vorzusehen, wie die bisher im Spitalbereich ausgebliebene Steuerung der Kostenneutralität kompensiert werden kann. Die Verlängerung der Kostenneutralitätsphase im Spitalbereich stellt dafür eine naheliegende Möglichkeit dar, wobei eine auf eine Leistungserbringergruppe beschränkte Kostenneutralität unerwünschte Konsequenzen haben könnte.
- Weil eine Gesamtwürdigung des neuen Arzttarifs erst mit genügend zeitlicher Distanz und mit einem angemessenen Zugang zu methodisch konsolidierten Daten über die Leistungsentwicklung möglich sein wird, erachten wir die Durchführung einer unabhängigen, systematischen Wirkungsanalyse zu TARMED als zwingend notwendig.

Vorbereitung der Wirkungsanalyse 2005/06

Zielsetzung

Aufgrund der politischen Bedeutung von TARMED wird die Wirkungsanalyse in erster Linie einen summarischen Evaluationsansatz anwenden und dabei folgende drei Ziele verfolgen:

1. Die Wirkungsanalyse sollte im Sinne einer (Zwischen-)Bilanz überprüfen, ob und in welchem Ausmass die neue Tarifstruktur die angestrebten Ziele erreicht hat (*Zielerreichungsanalyse*). Im Vordergrund stehen dabei die drei zentralen Ziele ‚Steigerung der Transparenz in der Leistungserbringung‘, ‚Aufwertung der intellektuellen gegenüber den technischen Leistungen‘ sowie ‚kostenneutrale Einführung‘.
2. Angesichts der Vielzahl vermuteter Wirkungen von TARMED wie auch der Unsicherheit bezüglich der Wirkungsweise des Tarifs sollte die Wirkungsanalyse zusätzlich untersuchen, welche *nicht beabsichtigten (positiven und negativen) Wirkungen* empirisch festgestellt werden können.
3. Auf der Grundlage dieser beiden ersten Arbeitsschritte sollten abschliessend *formative Hinweise und Empfehlungen* für eine Optimierung der Tarifstruktur und ihrer Anwendung erarbeitet und die erfolgsversprechenden Potentiale zur Erhöhung der Zielerreichung bzw. weiterer erwünschter Wirkungen aufgezeigt werden.

Fragestellungen

Die Vorbereitungsstudie formuliert eine Reihe von Fragestellungen für die spätere Wirkungsanalyse. Aus konzeptionellen und inhaltlichen Überlegungen sind folgende Evaluationsfragen als primär relevant zu erachten:

- Welche Auswirkungen hat TARMED auf die Leistungs- und Kostenentwicklung von erbrachten technischen und ärztlichen KV-Leistungen im Praxisbereich?
- Wie wirkt sich TARMED auf die Transparenz der Erfassung, Beobachtung und Abrechnung von KV-Leistungen aus?
- Wie gut funktioniert die Tarifpflege von TARMED? Welche Faktoren erleichtern bzw. erschweren eine angemessene Pflege des neuen Arzttarifs?
- Wie gut funktioniert die Kontrolle der Kostenneutralität? Welche Faktoren erleichtern bzw. erschweren die Kontrolle der Kostenneutralität?

Zusätzlich zu diesen primären Themenbereichen der Wirkungsanalyse gibt es im Hinblick auf eine Gesamtbeurteilung der Wirkungen von TARMED eine Reihe von weiteren wichtigen Fragen:

- Welche Auswirkungen hat TARMED auf die Leistungs- und Kostenentwicklung von erbrachten ambulanten technischen und ärztlichen KV-Leistungen im Spitalbereich? Wie entwickeln sich die ambulanten KV-Leistungen der drei Leistungserbringergruppen (Arztpraxen, öffentliche Spitäler, private Spitäler) im Vergleich? Kommt es zu Leistungsverschiebungen zwischen den drei Leistungserbringergruppen und in welche Richtung?
- Welche Auswirkungen hat TARMED auf die Entwicklung der Einkommen der Facharztgruppen?
- Weitere offene Fragen betreffen u.a. die Auswirkungen von TARMED auf das Investitionsverhalten in technische Geräte, auf den Administrationsaufwand, auf die Situation der Belegärzte, auf das Abrechnungsverhalten oder längerfristig auf das allgemeine medizinische Angebot.

Machbarkeit und Vorgehen

Der neue Arzttarif TARMED ist ein äusserst komplexer, mehrdimensionaler Untersuchungsgegenstand. Dennoch lässt sich anhand der Ergebnisse der Vorbereitungsstudie aufzeigen, dass sich *TARMED unter zwei Bedingungen evaluieren lässt*:

- Erstens setzt die Umsetzung der Wirkungsanalyse einen angemessenen Zugang des Evaluationsteams zu den zentralen Datenbeständen voraus. Angesichts der bestehenden Informations- bzw. Datensymmetrie zwischen Aufsichtsbehörde und Tarifparteien im Krankenversicherungsbereich ist es deshalb unerlässlich, auch auf zweckmässige Datenbestände der santésuisse (Datenpool, Tarifpool) und der Ärztesellschaften (Daten der NewIndex AG) zurückgreifen zu können.
- Zweitens wird das ausführende Evaluationsteam im Rahmen diverser Primärerhebungen (z.B. Experteninterviews, standardisierte schriftliche Befragungen) auf die Kooperation der Tarifparteien und weiterer von TARMED betroffener Akteure (v.a. GDK, Kantone) angewiesen sein.

Diesbezügliche Erfahrungen aus der Vorbereitungsstudie sind zwiespältig. Während wir die Unterstützung seitens diverser Akteure im Rahmen der Evaluationsvorbereitung als äusserst positiv bewerten, waren die Vertreter der Tarifparteien im Kostenneutralitätsbüro auf unsere Anfrage hin nicht bereit, für die erste Bestandesaufnahme Daten- und Dokumentenzugang zu gewähren.

Die Vorbereitungsstudie skizziert abschliessend einen *detaillierten Evaluationsplan* zur methodischen Vorgehensweise in der Wirkungsanalyse. Wir haben hierzu zwölf Arbeitsmodule entwickelt, die sich an den Themenbereichen und Fragestellungen orientieren. Ein solcher modulartiger Aufbau ermöglicht einen transparenten Überblick über die einzelnen Arbeitsschritte und erleichtert damit die systematische Bearbeitung der thematisch den einzelnen Modulen zugeordneten Fragestellungen. Auch gewährleistet diese Vorgehensweise eine flexible Handhabung des Evaluationsplans, indem es zum Zeitpunkt der Ausschreibung eine Fokussierung auf ausgewählte Module bzw. Themenbereiche erlaubt. Der Evaluationsplan differenziert aufgrund inhaltlicher und konzeptioneller Überlegungen zwischen Fragestellungen erster, zweiter und dritter Priorität, kalkuliert deshalb drei unterschiedlich aufwendige Evaluationsvarianten und formuliert einen Vorschlag mit bestmöglichem Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Résumé

Situation initiale et mandat

Le TARMED, la nouvelle structure tarifaire (tarif à la prestation) pour les prestations médicales ambulatoires selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), est entré en vigueur le 1er janvier 2004. En vertu de l'art. 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) tout d'abord, puis, dès 2004, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), est chargé d'évaluer l'application et les effets de la loi. D'où le lancement, en octobre 2003, d'un appel d'offres pour la réalisation d'une étude devant *préparer* une analyse complète des effets (ou : évaluation) et dresser un *premier état des lieux* de l'introduction du TARMED et de ses premiers effets.

La présente étude formule les questions pertinentes pour cette évaluation, vérifie quelles sont les données disponibles et esquisse un plan pour l'évaluation, dont les résultats seront connus au plus tôt en 2006. En outre, elle dresse un premier état des lieux des effets de l'introduction du TARMED dans le domaine de l'assurance-maladie. Ce rapport final constitue également une base pour répondre au postulat de la Commission de gestion du Conseil des Etats portant sur les effets du TARMED (Postulat 02.3177).

Le résumé donné ici reprend les résultats essentiels et les principales recommandations tirées de l'état des lieux, ainsi que les conclusions qui s'imposent pour l'évaluation ultérieure. Deux remarques préliminaires s'imposent cependant:

- *L'état des lieux* n'a pas la même valeur qu'une évaluation intermédiaire, et il ne fait qu'esquisser partiellement les premiers effets et les succès ou problèmes liés à la mise en œuvre du TARMED. Une vision plus complète ne se dégagera qu'avec un recul d'une certaine durée et un accès adéquat aux données, elles-mêmes méthodiquement consolidées, sur l'évolution des prestations. Mais, globalement, ce premier état des lieux autorise déjà quelques commentaires – à interpréter avec la prudence due à la portée limitée du bilan – sur la mise en œuvre et les effets du TARMED durant les premiers mois de la phase de neutralité des coûts.
- La portée limitée de ce premier état des lieux ainsi que les incertitudes entourant les effets à moyen terme du TARMED quant aux trois buts centraux visés rendent d'autant plus nécessaire une *évaluation* systématique et indépendante. Le modèle d'analyse des effets du TARMED développé dans cette étude préparatoire offre une base adéquate pour cette évaluation, puisqu'il permet de cerner et de sélectionner les problèmes d'une manière systématique et fondée, et donc de cibler l'évaluation sur les effets les plus importants.

Premier état des lieux de 2004

Réalisation des objectifs

L'état des lieux amène à émettre de premiers commentaires sur les objectifs déjà atteints à l'aide du TARMED pour les trois *buts centraux* de la structure tarifaire.

- TARMED vise à *revaloriser les prestations intellectuelles ou médicales* par rapport aux prestations techniques. Cette réévaluation de la fourniture des prestations intellectuelles devrait avoir pour effet d'atténuer les écarts de revenu actuels entre groupes de spécialistes.

Les quantités et les coûts des prestations médicales fournies ont augmenté de manière significative depuis l'introduction du TARMED (pour autant que les constatations jusqu'ici fragmentaires permettent d'en juger). En revanche, les corrections déjà apportées aux valeurs du point tarifaire par

le Bureau pour la neutralité des coûts laissent prévoir pour les prochains mois une correction à la baisse des coûts. L'analyse des facteurs ayant conduit à l'augmentation observée des quantités ne sera toutefois possible qu'avec un recul d'une durée suffisante et la consolidation des données.

Comme le suggère l'évolution à ce jour des coûts des prestations facturés par groupe de spécialistes, c'est tout au plus dans une faible mesure que la réévaluation visée des prestations techniques et intellectuelles est atteinte, et donc que les écarts de revenu baissent. Si l'évolution amorcée se poursuit, on peut sans doute supposer que quelques groupes spécifiques de spécialistes réaliseront, suite à la réévaluation, des revenus nettement plus élevés ou bien plus bas. Les données disponibles jusqu'ici ne confirment cependant pas la réévaluation en profondeur qui était visée.

- La structure tarifaire TARMED vise à instaurer davantage de *transparence* dans la fourniture des prestations du secteur ambulatoire de la LAMal. Elle doit avant tout livrer des informations détaillées sur les prestations médicales fournies, qui n'étaient pas saisies jusqu'ici avec un tel degré de précision. TARMED vise à permettre des comparaisons entre les prestations fournies par les médecins exerçant en cabinet médical et les prestations ambulatoires des hôpitaux, ainsi qu'entre les cantons.

En fin d'année 2004, les partenaires tarifaires n'en étaient qu'au début de la réalisation de l'objectif visant à encourager la transparence. Il est vrai que le corps médical et les assureurs-maladie s'appuient désormais sur davantage d'informations (dont certaines doivent leur existence au TARMED, mais dont d'autres auraient déjà pu être recueillies plus tôt). Les autorités de surveillance et le grand public ne tirent toutefois pas encore de réel bénéfice de cette évolution.

- *L'introduction neutre du point de vue des coûts* du TARMED représente en outre un but politique explicite. Il figure dans la convention conclue entre les partenaires tarifaires en vue du respect de la neutralité des coûts pendant les 18 mois suivant l'introduction du tarif. Au-delà de cette phase d'introduction, aucun objectif explicite n'a toutefois été fixé quant aux effets du TARMED sur les coûts.

Le contrôle de la neutralité des coûts par les partenaires tarifaires bute parfois sur des difficultés majeures. Dans le domaine hospitalier, les problèmes de décomptes se posant dans les hôpitaux n'ont pas permis à ce jour d'instaurer un pilotage des valeurs du point tarifaire. La situation est clairement meilleure du côté du corps médical, où il a été possible d'effectuer plusieurs séries successives d'adaptations des valeurs du point tarifaire et où le mécanisme de pilotage a agi dans le sens souhaité. Les décisions du Bureau pour la neutralité des coûts sont toutefois difficile à comprendre pour des tiers, dans la mesure où ces derniers n'ont pas accès aux données sur lesquelles elles s'appuient.

L'introduction du TARMED dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins résulte d'une disposition de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie entrée en vigueur en 1996 et stipulant que les tarifs à la prestation doivent reposer sur une structure tarifaire uniforme fixée par convention sur le plan suisse. Cette disposition est désormais concrétisée avec l'introduction du TARMED, en dépit d'un retard de quelques années sur ce que prévoyaient les dispositions d'introduction de la LAMal. La réalisation d'une structure tarifaire uniforme, valable aussi bien pour l'assurance obligatoire des soins que pour les assurances sociales fédérales (assurance-accidents, assurance-invalidité et assurance militaire) est un point tout à fait positif.

Il est significatif enfin que les buts fixés dans le TARMED ne se limitent pas aux conséquences sur les coûts – généralement au cœur des débats politiques –, mais accordent une place au moins égale à la réévaluation des prestations intellectuelles et techniques, ainsi qu'à l'amélioration de la transparence dans la fourniture des prestations.

Autres expériences tirées de la phase de mise en œuvre

L'actualisation des tarifs et les possibilités de pilotage qu'ont la Confédération et les cantons appellent encore les remarques suivantes:

- S'agissant de la *maintenance du tarif*, les modifications apportées jusqu'ici au tarif l'ont été par la Commission paritaire d'interprétation (CPI), par des mesures d'urgence adoptées entre partenaires conventionnels ainsi que, très ponctuellement, par des mesures de maintenance au sens strict. En effet, la maintenance du tarif, sous la forme d'ajouts ou de radiation de positions tarifaires, ou de modification du nombre de points attribués, n'a pas encore fait ses preuves. Les changements opérés sont le fruit de commissions organisées selon le système de milice, qui décident à l'unanimité des partenaires tarifaires. Quant à la professionnalisation de la maintenance du tarif attendue de la création du bureau TARMED Suisse, elle n'a pas eu lieu, faute de ressource en personnel et des bases d'information nécessaires.
- Les compétences de la *Confédération* et des *cantons* sur le plan de la mise en œuvre sont très limitées. En effet, le TARMED a été volontairement conçu sous forme de convention entre les parties tarifaires, en vertu du principe d'autonomie tarifaire inscrit dans la LAMal. Les deux exceptions prévues sont la souveraineté des gouvernements cantonaux et, en cas de recours, du Conseil fédéral pour fixer les valeurs du point tarifaire au cas où les parties concernées ne parviendraient pas à s'entendre, ainsi que l'approbation de nouvelles positions tarifaires – dont il n'a guère été fait usage de manière significative jusqu'ici. En outre les représentants de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de la Surveillance des prix siègent parfois comme observateurs dans les instances du TARMED et participent sous cette forme à sa mise en œuvre. Mais les parties conventionnelles ont sur les observateurs un avantage considérable quant à l'accès à l'information, avantage qui a eu tendance à se renforcer depuis l'introduction du TARMED.

Recommandations découlant de l'état des lieux

Compte tenu de ce premier bilan consacré à la mise en œuvre du TARMED et à ses effets jusqu'ici, nous formulons les recommandations suivantes:

- Il est recommandé aux partenaires tarifaires de créer une structure professionnelle pour la mise en œuvre de la maintenance du tarif. Si l'on veut que TARMED Suisse assume cette tâche, il faut prévoir des ressources en personnel et les bases d'information correspondantes. En ce moment, la maintenance des tarifs émane de commissions paritaires, autrement dit d'organisations de milice. Si à l'avenir, la plupart des modifications décisives s'effectuent sans passer par le Conseil fédéral (p. ex. via la CPI), la Confédération devrait revoir ses modèles de pilotage.
- Le Bureau pour la neutralité des coûts devrait faire preuve de transparence par rapport aux tiers et, le cas échéant, compléter de ce point de vue la convention sur la neutralité des coûts. Il serait préférable toutefois que l'évolution des coûts fasse l'objet d'observations à long terme (au sens d'un *monitoring*) au sein d'un organisme équilibré dans sa composition ou tout à fait neutre.
- Les assureurs et les sociétés médicales devraient fournir à la Confédération, après anonymisation et sous un format se prêtant à leur interprétation, les données recueillies par santésuisse et NewIndex SA. La Confédération doit absolument créer ou libérer en son sein les ressources et les compétences pour les exploiter. Il nous paraît particulièrement important que le public, autrement dit les assurés et les patients, aient également accès à ces données sous une forme appropriée.
- Il convient de prévoir des mécanismes sur la manière de compenser l'absence jusqu'ici d'un pilotage de la neutralité des coûts dans le domaine hospitalier. Une approche envisageable consisterait

à prolonger la phase de neutralité des coûts dans ce secteur : mais la reconduction, limitée à un groupe de fournisseurs, de la neutralité des coûts pourrait avoir des conséquences indésirables.

- Etant donné qu'un recul d'une durée suffisante et un accès approprié à des données méthodiquement consolidées sur l'évolution des prestations sont indispensables à toute appréciation d'ensemble du nouveau tarif médical, nous jugeons que la réalisation d'une analyse indépendante et systématique des effets de TARMED est absolument nécessaire.

Préparation de l'analyse des effets 2005/2006

But

Etant donné l'importance politique du TARMED, l'analyse des effets recourra en premier lieu à un modèle d'évaluation sommative et poursuivra les trois buts suivants:

1. L'analyse des effets devrait contrôler à l'occasion d'un bilan (intermédiaire) si, et dans quelle mesure, la nouvelle structure tarifaire a atteint les objectifs visés (*analyse de la réalisation des buts*). L'accent sera mis sur les trois buts centraux : « amélioration de la transparence dans la fourniture des prestations », « revalorisation des prestations intellectuelles par rapport aux prestations techniques » et « introduction neutre sur le plan des coûts ».
2. Etant donné le grand nombre d'effets prêtés au TARMED ainsi que l'incertitude concernant l'impact du tarif, l'analyse des effets devrait examiner en outre quels *effets (positifs ou négatifs) non voulus* peuvent être constatés empiriquement.
3. Sur la base de ces deux premières étapes, il conviendrait pour conclure d'émettre des *suggestions et recommandations à caractère formatif*, pour optimiser la structure tarifaire et son application, d'une part, et, d'autre part, dégager les potentiels prometteurs en vue d'une meilleure réalisation des buts ou d'autres effets souhaités.

Questions

L'étude préparatoire expose toute une série de problèmes à prendre en compte pour l'analyse ultérieure des effets. Des raisons tant conceptuelles que matérielles amènent à privilégier les questions d'évaluation suivantes:

- Quels sont, pour les prestations techniques et médicales selon la LAMal dispensées en cabinet médical, les effets du TARMED sur l'évolution des prestations et des coûts ?
- Quel est l'impact du TARMED sur la transparence au niveau de la saisie des prestations selon la LAMal, de leur observation et de leur décompte ?
- Dans quelle mesure la maintenance du TARMED fonctionne-t-elle ? Quels sont les facteurs qui facilitent ou compliquent une maintenance appropriée du nouveau tarif médical ?
- Jusqu'à quel point le contrôle de la neutralité des coûts fonctionne-t-il ? Quels sont les facteurs qui facilitent ou compliquent de tels contrôles ?

Outre ces thèmes primordiaux pour l'analyse des effets, on trouve une série de questions importantes pour une évaluation globale des effets du TARMED:

- Quels sont, pour les prestations techniques et médicales selon la LAMal fournies dans le domaine hospitalier, les effets déployés par le TARMED sur l'évolution des prestations et des coûts ? Com-

ment se développent en comparaison les prestations ambulatoires selon la LAMal des trois groupes de fournisseurs de prestations (cabinets médicaux, hôpitaux publics, hôpitaux privés) ? Existe-t-il un transfert de prestations d'un groupe à l'autre, et le cas échéant, dans quel sens ?

- Quelles sont les conséquences du TARMED sur l'évolution des revenus des différents groupes de spécialistes ?
- Les autres questions ouvertes concernent notamment les effets du TARMED sur : les investissements réalisés dans les appareils techniques, les coûts administratifs, la situation des médecins agréés, les pratiques de facturation ou, à long terme, l'offre médicale en général.

Faisabilité et marche à suivre

Le nouveau tarif médical TARMED est un objet d'études extrêmement complexe et pluridimensionnel. Les résultats de l'étude préparatoire montrent cependant qu'il est *possible d'évaluer le TARMED à deux conditions*:

- Premièrement, la mise en œuvre de l'évaluation suppose que l'équipe d'évaluation dispose d'un accès approprié aux données. Au vu de l'asymétrie actuelle de l'information et des données entre les autorités de surveillance, d'un côté, et les partenaires tarifaires dans le domaine de l'assurance-maladie, de l'autre, l'accès aux données appropriées de santéuisse (pool de données, pool tarifaire) et des sociétés médicales (données de NewIndex SA) est indispensable.
- Deuxièmement, l'équipe en charge des évaluations dépendra pour diverses enquêtes préalables (p. ex. interviews d'experts, enquêtes écrites standardisées) de la coopération entre les partenaires tarifaires et d'autres acteurs concernés par le TARMED (notamment la CDS et les cantons).

Les expériences acquises pendant cette étude préparatoire sont mitigées. Alors que le soutien apporté par divers acteurs au titre de la préparation de l'évaluation doit être qualifié d'extrêmement positif, les représentants des partenaires tarifaires au sein du Bureau pour la neutralité des coûts que nous avons sollicités, en vue d'établir un premier état des lieux, nous ont refusé l'accès aux données et aux documents.

Cette étude préparatoire esquisse pour terminer un *plan d'évaluation détaillé* de la méthode opératoire pour l'analyse des effets. Ainsi nous avons développé douze modules de travail, en fonction des thèmes étudiés et des problèmes rencontrés. L'approche modulaire offre une bonne vue d'ensemble des étapes à parcourir, tout en facilitant l'analyse systématique des problèmes classés par modules thématiques. Le plan d'évaluation y gagne en souplesse puisqu'il permet, lors des appels d'offres, de se concentrer sur tel ou tel module ou aspect thématique. Enfin le plan d'évaluation distingue, sur la base d'arguments conceptuels et matériels, trois niveaux de priorité parmi les questions à analyser, avec à la clé trois variantes d'évaluation plus ou moins coûteuses, dont celle avec le meilleur rapport coûts/bénéfice y est signalée.

Riassunto

Situazione iniziale e mandato

TARMED, il nuovo tariffario per singola prestazione medica è entrato in vigore il 1° gennaio 2004 per le prestazioni ambulatoriali ai sensi della legge sull'assicurazione malattie (LAMal). Conformemente all'articolo 32 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal), l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) inizialmente, in seguito l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), è incaricato di esaminare l'applicazione e gli effetti della LAMal. Per questo motivo l'UFAS ha messo a concorso nell'ottobre 2003 uno studio che doveva *gettare le basi* per una più ampia analisi (o valutazione) degli effetti e *fare un primo punto della situazione* riguardo all'applicazione del TARMED ed ai primi effetti della sua introduzione.

Il presente studio formula gli interrogativi che dovranno essere trattati nella valutazione, chiarisce quali siano i dati disponibili e traccia un piano per l'analisi degli effetti, i cui risultati non sono da attendere prima del 2006. Lo studio svolge inoltre una prima analisi della situazione riguardo agli effetti dell'introduzione del TARMED nel settore dell'assicurazione malattie. Questo rapporto finale serve pertanto anche da base per la risposta ad un postulato concernente gli effetti del TARMED, presentato dalla Commissione della gestione del Consiglio degli Stati (postulato 02.3177).

Il riassunto si concentra sui risultati e le raccomandazioni principali emerse dall'analisi della situazione e sulle conclusioni formulate nell'ottica della successiva valutazione. Vanno considerate le premesse seguenti:

- *L'analisi della situazione* non equivale ad una valutazione intermedia del TARMED e può delineare soltanto parzialmente i primi effetti, i successi ed i problemi registrati nel corso della sua applicazione. Solo quando sarà passato un certo tempo e si potrà accedere in modo adeguato a dati metodicamente consolidati sull'evoluzione delle prestazioni, sarà possibile avere un quadro più completo della situazione. Questa analisi preliminare permette però già di fare alcune affermazioni, da prendere con cautela e solo parzialmente valide, sull'applicazione e gli effetti del TARMED durante i primi mesi della fase di neutralità dei costi.
- La scarsa significatività della prima analisi della situazione e l'incertezza circa gli effetti a medio termine del TARMED per quanto riguarda gli obiettivi centrali confermano la necessità di una *valutazione* sistematica e indipendente. Il modello degli effetti del TARMED elaborato nel quadro di questo studio preparatorio si presta quale base per tale valutazione, in quanto permette di delimitare e selezionare i vari interrogativi in modo sistematico e fondato, così da poter concentrare la valutazione sui principali rapporti tra effetti.

Analisi preliminare della situazione 2004

Obiettivi finora raggiunti

Grazie all'analisi della situazione è possibile esprimersi già adesso in merito agli obiettivi finora raggiunti dal TARMED per quanto riguarda i tre *aspetti centrali* della struttura tariffaria.

- Con il TARMED si vogliono *rivalutare le prestazioni intellettuali o mediche* rispetto alle prestazioni tecniche. La conseguenza di questa rivalutazione è una riduzione delle differenze di reddito tra le varie categorie di medici specialisti.
Per quanto si può tendenzialmente osservare finora, dall'introduzione del TARMED il volume e i costi delle prestazioni mediche é aumentato in modo significativo. Grazie alle rettifiche dei valori del punto finora apportate dall'Ufficio per la neutralità dei costi c'è però da attendersi una diminuzione dei costi nei prossimi mesi. Le cause della crescita del volume delle prestazioni registrata potranno essere analizzate solo quando sarà passato un certo tempo e si disporrà di dati consolidati.

Sulla base dell'evoluzione finora osservata dei costi delle prestazioni fatturate dai vari gruppi di medici specialisti v'è da presumere che i risultati, sia per quanto riguarda la rivalutazione delle prestazioni intellettuali rispetto a quelle tecniche che per quanto riguarda la riduzione delle differenze di reddito, saranno quanto meno modesti. Se questa evoluzione proseguirà, è inoltre ipotizzabile che, a conti fatti, singoli gruppi specifici di medici specialisti conseguiranno un reddito chiaramente superiore o inferiore a causa della rivalutazione delle prestazioni. Per quanto è possibile intravedere finora dai dati a nostra disposizione, non avverrà però il cambiamento radicale che s'intendeva ottenere con questa rivalutazione.

- Il tariffario TARMED dovrebbe aumentare la *trasparenza* riguardo alla fornitura di prestazioni nel settore ambulatoriale LAMal. In primo luogo si dovrebbero avere informazioni più dettagliate sulle prestazioni mediche fornite, che finora non erano registrate con una tale precisione. Con il TARMED si vuole offrire la possibilità di fare confronti tra le prestazioni dei medici operanti in studi privati e le prestazioni ambulatoriali negli ospedali, come pure tra i vari Cantoni.

Alla fine del 2004 i partner tariffali sono ancora agli inizi per quanto concerne l'aumento della trasparenza. Il corpo medico e gli assicuratori malattie utilizzano maggiormente le informazioni disponibili, che in parte sono state raccolte solo grazie al TARMED, ma in parte avrebbero potuto essere rilevate già in precedenza; questa evoluzione non ha però finora portato vantaggi sostanziali alle autorità di vigilanza e al pubblico.

- È inoltre un dichiarato obiettivo politico che l'introduzione del TARMED sia *neutrale sul piano dei costi*. I partner tariffali hanno stabilito questo obiettivo nella convenzione per il rispetto della neutralità dei costi nei 18 mesi seguenti l'introduzione del tariffario. Non sono stati invece fissati esplicitamente obiettivi per quanto riguarda gli effetti del TARMED sul piano dei costi nel periodo successivo alla fase introduttiva.

In alcuni casi il controllo della neutralità dei costi pone i partner tariffali di fronte a considerevoli problemi. Nel settore ospedaliero, a causa di problemi di conteggio, non si è ancora potuto controllare i valori del punto. Sul fronte dei medici operanti in studi privati la situazione è notevolmente migliore. Si è infatti potuto procedere a più riprese ad adeguamenti di valori del punto e il meccanismo di controllo si è innescato come auspicato. Le decisioni dell'Ufficio per la neutralità dei costi non possono tuttavia essere verificate da terzi, poiché i dati alla base delle stesse non sono accessibili.

Il punto di partenza per l'introduzione del TARMED nel settore dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è la disposizione della nuova legge sull'assicurazione malattie, entrata in vigore nel 1996, secondo cui le tariffe per singola prestazione devono basarsi su una struttura tariffale uniforme, stabilita per convenzione a livello nazionale. Con l'introduzione del TARMED questa disposizione è stata eseguita, seppur con alcuni anni di ritardo rispetto a quanto previsto dalle disposizioni d'introduzione della nuova LAMal. Il fatto che sia stato convenuto un tariffario uniforme valido sia per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che per gli assicuratori sociali federali (assicurazione contro gli infortuni, assicurazione invalidità e assicurazione militare) va considerato in modo positivo.

D'altra parte è significativo il fatto che tra gli obiettivi del TARMED, la rivalutazione delle prestazioni intellettuali rispetto a quelle tecniche e l'aumento della trasparenza nella fornitura delle prestazioni è altrettanto importante quanto le ripercussioni sul piano dei costi, generalmente al centro dei dibattiti politici.

Ulteriori esperienze fatte nel corso dell'applicazione del TARMED

Per quanto concerne la gestione tariffaria e le possibilità di controllo da parte della Confederazione e dei Cantoni si può constatare quanto segue:

- Le modifiche nell'ambito della *gestione tariffaria* sono effettuate dalla Commissione paritetica d'interpretazione (CPI) o apportate in base a provvedimenti d'urgenza concordati dai partner tariffali.

In singoli casi avvengono nel quadro della gestione tariffaria in senso stretto. La gestione tariffaria vera e propria, vale a dire l'aggiunta o lo stralcio di posizioni tariffarie o la modifica del numero di punti attribuiti, non funziona ancora come dovrebbe. Le modifiche apportate sono state deliberate, seguendo una procedura che richiede una decisione unanime dei partner tariffali, da commissioni organizzate secondo il sistema di milizia. La professionalizzazione della gestione tariffaria auspicata con la creazione dell'ufficio TARMED Suisse non ha avuto luogo, poiché quest'organo non dispone di sufficienti risorse di personale e delle informazioni necessarie.

- Per quel che concerne l'applicazione del TARMED, la *Confederazione* ed i *Cantoni* hanno competenze limitate, visto che il TARMED, conformemente al principio dell'autonomia tariffaria sancito dalla LAMal, è stato concepito di proposito come convenzione tra i partner tariffali. Fanno eccezione la fissazione di valori del punto, in caso di mancato accordo tra i partner tariffali, da parte dei governi cantonali o, in caso di ricorso, del Consiglio federale come pure l'approvazione di nuove posizioni tariffarie, una competenza che tuttavia finora non è stata quasi mai esercitata. Alcuni rappresentanti della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e della Sorveglianza dei prezzi sono in parte membri di organi TARMED in qualità di osservatori e partecipano in questo modo all'applicazione del tariffario. Rispetto agli osservatori, i partner tariffali hanno però un chiaro vantaggio grazie alla maggiore quantità d'informazioni a loro disposizione, un vantaggio che dall'introduzione del TARMED è ulteriormente aumentato.

Raccomandazioni sulla base dell'analisi della situazione

Sulla base di questa analisi preliminare della situazione riguardo all'applicazione e agli effetti del TARMED formuliamo le seguenti raccomandazioni:

- Ai partner tariffali raccomandiamo di professionalizzare la gestione tariffaria creando una struttura adeguata. Se si volesse affidare questo compito a TARMED Suisse, vanno messe a sua disposizione sufficienti risorse di personale e le informazioni necessarie. La gestione tariffaria è attualmente svolta dalle commissioni paritetiche, vale a dire da organi fondati sul sistema di milizia. Se si vuole che in futuro le modifiche delle tariffe avvengano perlopiù senza l'intervento del Consiglio federale (p. es. tramite la CPI), quest'ultimo dovrebbe rivedere i suoi strumenti di controllo.
- L'Ufficio per la neutralità dei costi dovrebbe aumentare la sua trasparenza verso l'esterno e, se del caso, completare in tal senso la Convenzione sulla neutralità dei costi. Sarebbe preferibile che l'evoluzione dei costi fosse sorvegliata a lungo termine, mediante un sistema di monitoraggio, da parte di un organo equilibrato nella sua composizione o del tutto neutrale.
- Gli assicuratori e le associazioni dei medici dovrebbero fornire alla Confederazione i dati di *santésuisse* e *NewIndex SA* anonimizzati e in un formato che si presti alla loro interpretazione. La Confederazione deve creare o mettere a disposizione internamente le risorse e le competenze necessarie per l'analisi dei dati. A nostro modo di vedere è particolarmente importante che i dati vengano messi adeguatamente a disposizione del pubblico, che riceve le prestazioni e paga i premi.
- Vanno approntati meccanismi per compensare il mancato raggiungimento del controllo della neutralità dei costi nel settore ospedaliero. Il prolungamento della fase di neutralità dei costi in questo settore è una soluzione immediata. La neutralità dei costi limitata ad un gruppo di fornitori di prestazioni potrebbe però avere conseguenze indesiderate.
- Dal momento che una valutazione globale del nuovo tariffario medico sarà possibile solo quando sarà passato un certo tempo e si potrà accedere in modo adeguato a dati metodicamente consolidati sull'evoluzione delle prestazioni, riteniamo che sia assolutamente necessario svolgere un'analisi sistematica e indipendente degli effetti del TARMED.

Preparazione dell'analisi degli effetti 2005/2006

Obiettivo

A causa dell'importanza politica del TARMED, l'analisi degli effetti dovrà procedere in primo luogo ad una valutazione sommativa e perseguire i tre obiettivi seguenti:

1. L'analisi degli effetti dovrebbe fare un bilancio (intermedio), verificando se il nuovo tariffario abbia raggiunto gli obiettivi prefissati e, se sì, in che misura (*analisi del raggiungimento degli obiettivi*). L'accento andrà posto sui tre principali obiettivi: l'aumento della trasparenza nella fornitura di prestazioni, la rivalutazione delle prestazioni intellettuali nei confronti di quelle tecniche e l'introduzione neutrale sul piano dei costi.
2. Considerati il gran numero dei presunti effetti del TARMED e l'incertezza riguardo al modo in cui il tariffario esercita la sua influenza, l'analisi degli effetti dovrebbe inoltre esaminare se siano empiricamente riscontrabili *effetti involontari (positivi e negativi)*.
3. In base a queste prime due fasi di lavoro andrebbero infine elaborate *indicazioni e raccomandazioni formative* per l'ottimizzazione del tariffario e della sua applicazione e si dovrebbe mostrare dove vi sia un promettente potenziale di miglioramento del grado di raggiungimento degli obiettivi o di aumento degli effetti auspicabili.

Interrogativi

Lo studio preparatorio formula una serie di interrogativi che andranno trattati nella successiva analisi degli effetti. In base a riflessioni inerenti al concetto e al contenuto, vanno considerate di primaria importanza le seguenti domande:

- Quali ripercussioni ha il TARMED sulle prestazioni (tecniche e mediche) secondo la LAMal nel settore degli studi medici per quanto riguarda l'evoluzione sia delle prestazioni medesime che dei costi?
- Che effetti ha il TARMED sulla trasparenza in materia di registrazione, osservazione e conteggio delle prestazioni secondo la LAMal?
- Come funziona la gestione tariffaria nell'ambito del TARMED? Quali fattori facilitano o rendono difficile una gestione adeguata del nuovo tariffario medico?
- Come funziona il controllo della neutralità dei costi? Quali fattori facilitano o rendono difficile il controllo della neutralità dei costi?

A questi temi principali dell'analisi degli effetti va aggiunta un'ulteriore serie di domande importanti nell'ottica della valutazione globale degli effetti del TARMED:

- Quali ripercussioni ha il TARMED sulle prestazioni (tecniche e mediche) secondo la LAMal nel settore degli ambulatori ospedalieri per quanto riguarda l'evoluzione sia delle prestazioni medesime che dei costi? Come evolvono le prestazioni ambulatoriali secondo LAMal, se si confrontano i tre gruppi di fornitori di prestazioni (studi medici, ospedali pubblici, ospedali privati)? Vi sono trasferimenti delle prestazioni dall'uno all'altro dei tre gruppi di fornitori? Se sì, in quale direzione?
- Quali ripercussioni ha il TARMED sull'evoluzione dei redditi delle varie categorie di medici specialisti?
- Altre questioni aperte concernono le ripercussioni del TARMED sugli investimenti in apparecchiature tecniche, sugli oneri amministrativi, sulla situazione dei medici esterni operanti in ospedale, sulla prassi di conteggio e, a lungo termine, sull'offerta medica in generale.

Fattibilità e procedura

Il nuovo tariffario medico TARMED è un oggetto di studio estremamente complesso e multidimensionale. I risultati dello studio preparatorio mostrano tuttavia che *è possibile valutare il TARMED a due condizioni*:

- Per prima cosa, l'applicazione dell'analisi degli effetti presuppone un accesso adeguato alle banche dati centrali per il gruppo di valutazione. Vista la disparità esistente per quanto riguarda la quantità di informazioni e di dati a disposizione dell'autorità di vigilanza e dei partner tariffali del settore dell'assicurazione malattie è pertanto indispensabile poter accedere anche alle banche dati di santé-suisse (pool di dati, pool tariffale) e delle associazioni dei medici (dati della NewIndex SA) rilevanti ai fini dell'analisi.
- In secondo luogo, per svolgere diversi sondaggi (p.es. interviste di esperti, questionari standard) nell'ambito della ricerca primaria, il team che effettuerà la valutazione dipenderà dalla cooperazione dei partner tariffali e di altre parti interessate da TARMED (soprattutto la CDS e i Cantoni).

Le esperienze fatte in questo campo durante lo studio preparatorio sono contrastanti. Mentre il sostegno datoci da diverse parti interessate nel quadro della preparazione della valutazione è da ritenere estremamente positivo, i rappresentanti dei partner tariffali nell'Ufficio per la neutralità dei costi non sono stati disposti ad assecondare la nostra richiesta di poter accedere a dati e documenti per fare un'analisi preliminare della situazione.

A conclusione dello studio preparatorio è tracciato un *piano di valutazione dettagliato*, che indica come procedere in modo metodico all'analisi degli effetti. A tal fine abbiamo sviluppato dodici moduli di lavoro orientati alle tematiche e agli interrogativi. Questa impostazione modulare permette di avere una chiara visione d'insieme delle singole fasi di lavoro e facilita così il trattamento sistematico degli interrogativi attribuiti ai singoli moduli in funzione della tematica. Questo modo di procedere garantisce un impiego flessibile del piano di valutazione, in quanto permette di concentrarsi su determinati moduli o settori tematici al momento di partecipare al concorso. Il piano fa una distinzione tra interrogativi di prima, seconda e terza priorità sulla base di considerazioni relative alla concezione ed al contenuto della valutazione. Sono così calcolate tre possibili varianti di valutazione, più o meno onerose, ed è formulata una proposta vantaggiosa dal punto di vista del rapporto costi/benefici.

Summary

Background and mandate

On 1 January 2004 TARMED, the new tariff schedule for fee-for-service based physician remuneration, came into effect for ambulatory medical services under the Health Insurance Law (KVG). Article 32 of the Health Insurance Ordinance (KVV) requires the Federal Social Insurance Office (FSIO) or newly the Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH) to evaluate the implementation and the impact of the KVG. Accordingly, the FSIO put out a call for tenders in October 2003 for a study that would a) *prepare* a comprehensive evaluation and b) produce an *initial survey* of the implementation to date and the immediate effects of introducing TARMED.

The purpose of the present study is to formulate the questions for an evaluation, to ascertain what data are available, and to draft a plan for an evaluation which is expected to produce results for the year 2006 at the earliest. It also contains an initial survey of the effects that the introduction of TARMED has had on the health insurance system. This final report can therefore also form a basis for responding to the postulate of the Control Committee of the Council of States concerning the impact of TARMED (Postulate 02.3177).

The summary focuses on the most significant results and recommendations from the survey and on their implications for the subsequent evaluation. The following points should be noted:

- The *survey* does not have the status of an interim evaluation of TARMED and can do no more than provide a rough outline of its initial effects and of successes and problems encountered during its implementation phase. It will not be possible to produce a more complete picture until a sufficient lapse of time has passed and an adequate access is granted to methodologically consolidated data on the evolution of services. Overall, the initial survey does permit some conclusions to be drawn regarding the implementation and impact of TARMED in the first few months of the cost neutrality phase, although they should be treated with caution and their informative value may be limited.
- It is precisely the limited informative value of the initial survey and the uncertainty about the medium-term effects of central aspects of TARMED which underline the need for a systematic and independent *evaluation*. The model of effects for TARMED developed in the course of this preparatory study provides a suitable basis for an evaluation as it allows questions to be derived and selected systematically and rationally, thus focusing the evaluation on the most important aspects of the impact of TARMED.

Initial survey 2004

Attainment of objectives so far

The survey allows initial comments to be made on the extent to which the objectives of TARMED have been achieved in the three *central dimensions* of the tariff structure:

- One of the central aims of TARMED is to *increase the value of intellectual and physician-provided services* as opposed to technical services (involving equipment). A higher level of remuneration should narrow the current differences in the income of physicians with different medical specialties. There has been a significant increase in the volume of medical services provided and the associated costs since TARMED was introduced (to the extent that this can be determined after such a short time). However, the corrections that the cost-neutrality office has made so far to the points allocated to each item of service suggest that costs will be corrected downwards in the coming months. The reasons for the greater volume of services will not become clear until a longer period of time has elapsed and consolidated data are available for analysis.

The evolution to date of services by medical specialty claimed for reimbursement indicates that the objective of reassessing the respective values of technical and intellectual services and thereby reducing income disparities is likely to be met only partially at the very best. If the current trend continues, it can also be assumed that specific specialties will see a clear rise or fall in their income in the wake of the reassessment, but so far, and on the basis of the data available to us, no signs of the intended fundamental realignment can be detected.

- The TARMED tariff schedule is intended to create greater *transparency* in the provision of ambulatory services under the KVG. The initial objective is to generate detailed information about the medical services provided as these have not been recorded on such a level in the past. TARMED is expected to create a basis for comparison between and within services provided by independent practitioners and out-patient services provided by hospitals, as well as between the cantons.

As 2004 draws to a close, the tariff partners have made little headway in promoting transparency. The medical profession and insurers are indeed making greater use of information (some available as a result of TARMED, some which could have been collected in a similar form previously). However, so far neither the supervisory authorities nor the public have been able to derive any great benefit from this development.

- Another explicit political objective is the *cost neutral introduction of TARMED*. This objective is specified in the agreement between the tariff partners to maintain cost neutrality for a period of 18 months after the tariff is introduced. There are no explicit objectives regarding the impact of TARMED on costs beyond this introductory period.

The task of ensuring cost neutrality, which falls to the tariff partners, is posing some major difficulties. So far it has not been possible to regulate the value attached to the tariff point for hospital services because of the billing problems that the hospitals have experienced. The situation is considerably better with independent practitioners; several rounds of adjustments to the tariff point value have been implemented and the regulating mechanism has taken effect as had been hoped. Decisions taken by the cost-neutrality office, however, are difficult for outsiders to comprehend because the data on which these decisions are based are not made available outside the office.

The introduction of TARMED for services provided under compulsory health insurance was set in motion by a provision in the new Health Insurance Law, which came into force in 1996, according to which fee-for-service tariffs must be based on a uniform tariff structure applicable throughout Switzerland. Compliance with this provision was achieved with the introduction of TARMED, albeit some years later than foreseen in the introductory provisions of the new KVG. The creation of a uniform tariff structure applicable not only to the compulsory health insurance system but also to the federal social insurance bodies (accident, invalidity and military insurance) must be seen as a positive step.

It is significant however that the objectives set out for TARMED are not limited to the cost containment, which is usually the most important aspect in political debate; the reassessment of intellectual and technical services as well as enhancing transparency in the provision of services are important, too.

Further lessons from the implementation phase

Further conclusions can be drawn with respect to tariff maintenance and the possibilities for federal and cantonal authorities to regulate the process:

- Where *tariff maintenance* is concerned, modifications so far have been undertaken through the Parity Interpretation Commission (PIK), by implementing emergency measures decided between the contracting parties, and in isolated cases through the process of tariff maintenance in the more conventional sense. The procedure for tariff maintenance, which covers the addition or deletion of items in the tariff schedule and changes to the points allocated to them, is not working smoothly

yet. The changes made so far have been processed by part-time, voluntary committees and decided by a vote of unanimity from the tariff partners. A professional tariff maintenance, as was intended to be achieved by the creation of the TARMED Suisse office, is not taking place yet, as this office has neither the human resources nor the necessary information at its disposal.

- The involvement of the *federal government* and the *cantons* in implementing TARMED is limited because TARMED – keeping with the principle of tariff autonomy as set out in the KVG – was deliberately conceived as a contract between the tariff parties. Exceptions to this rule are the authoritative determination of the tariff point value by the cantonal governments in cases where the contracting parties fail to reach an agreement, and, upon appeal, by the Federal Council (Government), as well as the approval of new items for inclusion in the tariff, although little use has been made of this provision to date. Representatives of the Conference of Health Directors (GDK), the Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH) and the Price Supervision Agency sit on some TARMED committees as observers and to this extent are involved in its implementation. However, the contracting parties have a considerable informational advantage compared to the observers, which has tended to become more pronounced since TARMED was introduced.

Recommendations as a result of the survey

On the basis of this initial survey, we would make the following recommendations regarding the implementation and effects of TARMED:

- The tariff partners should be recommended to create a professional structure for the maintenance of the tariff. If TARMED Suisse were to take on this function, appropriate human resources and information would have to be provided. Tariff maintenance is currently carried out by parity commissions, i.e. by organizations consisting of part-time, voluntary members. If major changes were to be made repeatedly in the future without consultation with the Federal Council (i.e. through the PIK), the federal government would need to rethink its approach to regulating the tariff.
- The cost-neutrality office needs to create transparency for third parties and possibly to modify the agreement on cost neutrality in this respect. It would be preferable to establish a cost monitoring on a longer term basis and this function carried out by a completely neutral body or one with a balanced composition.
- The data generated by *santésuisse* and *NewIndex AG* should be made available to the federal government by the insurers and the medical specialty societies in an anonymous form and a comprehensible format. The federal government must create or assign internally the resources and expertise to assess the data. We feel that it is particularly important for such data to be made accessible to the public as well, i.e. the people who pay the insurance premiums and patients, in a suitable form.
- Mechanisms must be provided for compensating for the lack of regulation of cost neutrality in hospitals so far. One obvious solution would be to extend the neutral cost phase for hospitals, although cost neutrality restricted to one category of service providers could have unwanted consequences.
- Considering that an overall assessment of the new medical tariff will not be possible until the system has been in place for some time and appropriate access to methodologically consolidated data on the evolution of services is ensured, we believe that it is vital for an independent, systematic evaluation of TARMED to be carried out.

Preparation of the evaluation 2005/06

Objective

In view of the political significance of TARMED, the evaluation will take a primarily summative approach, focusing on the following three objectives:

1. The evaluation will be an (interim) assessment of whether and to what extent the new tariff schedule has achieved the stated goals (*analysis of attainment of objectives*). The primary focus of this analysis will be three central aspects: greater transparency in the provision of services, greater value attached to intellectual services compared to technical services, and cost-neutral introduction of the tariff.
2. Considering the variety of supposed effects of TARMED and the uncertainty as to its transmission mechanisms the evaluation should also investigate to what extent *unintended (positive and negative) effects* can be empirically established.
3. Finally, on the basis of the two stages outlined above, *formative suggestions and recommendations* for optimizing the tariff structure as well as its application should be formulated. Furthermore promising potential for increasing the extent to which the objectives of TARMED are being met and achieving further desirable effects should be highlighted.

Questions

The preparatory study has formulated a number of questions for the subsequent evaluation. The following are considered to be the most relevant in terms of design and content:

- What impact is TARMED having on the evolution of costs and quantity of technical and practitioners' services provided in independent practice under the health insurance system?
- What effect is TARMED having on the transparency of the recording, monitoring and billing of services provided under the health insurance system?
- How well is tariff maintenance working for TARMED? What factors make it easier or more difficult to maintain the new medical tariff properly?
- How well is the procedure for regulating cost neutrality working? What factors make it easier or more difficult to regulate cost neutrality?

In addition to these primary concerns, the evaluation needs to look at the following important questions so that an overall assessment of the effects of TARMED can be made:

- What effect is TARMED having on the evolution of costs and the quantity of technical and practitioners' services provided on an out-patient basis by hospitals under the health insurance system? How are ambulatory services provided under the health insurance system by the three categories of service providers (physicians' practices, public hospitals, private hospitals) evolving? Has a shift taken place between the services provided by these three categories, and if so in what direction?
- What effect has TARMED had on the evolution of income of the different medical specialties?
- Other unresolved questions include the effects of TARMED on investment behaviour with respect to technical equipment; on the administrative effort required on the situation of independent physicians with admission rights in hospitals, on billing practices, or in the longer term on the general supply of medical care.

Practicability and procedure

The new medical tariff TARMED is an extremely complex, multifaceted entity and correspondingly difficult to study. However, the results of the preparatory study show that *TARMED can be evaluated under two conditions*:

- Firstly, the evaluation can only be carried out if the evaluation team is given appropriate access to the central databases. Considering the existing informational and data asymmetry between the supervisory authorities and the tariff parties in the health insurance system, it is indispensable that access is granted to the relevant databases kept by santésuisse (data pool, tariff pool) and the medical societies (data kept by NewIndex AG).
- Secondly, the team carrying out the evaluation will not be able to work properly unless the tariff parties and other actors affected by TARMED (particularly the Conference of Health Directors and the cantons) cooperate during the primary data-gathering exercises (e.g. expert interviews, standardized written questionnaires).

Experience with these aspects was mixed during the preparatory study. Various actors were extremely cooperative during the process of preparing the evaluation; on the other hand the representatives of the tariff parties in the cost-neutrality office were not willing to give us access to data and documents for the initial survey when we requested it.

Finally, the preparatory study outlines a *detailed plan* for a methodical evaluation approach. We developed twelve work modules in line with the topics and questions that will feature in the analysis. A modular structure of this kind permits a transparent overview of the individual stages in the process, thus making it easier to handle systematically the questions linked to each module. This approach also means that the evaluation plan can be implemented flexibly since it allows selected modules or subject areas to be highlighted depending on the priorities at the time the analysis is commissioned. Based on considerations regarding content and design first, second and third priority questions are determined in the evaluation plan; and correspondingly the costs for three different evaluation variants are calculated. Furthermore a proposal is made for obtaining the best value for money from the exercise.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

In der Krankenversicherung dienen Tarife als Grundlage für die Vergütung von Leistungen. Für ambulante Arztleistungen in der Arztpraxis und im Spitalambulatorium wurde auf den 1. Januar 2004 die Tarifstruktur für Arztleistungen TARMED (Version 1.1) eingeführt. TARMED ist ein Einzelleistungstarif und besteht aus drei Grundelementen: Der Nomenklatur (Auflistung der Leistungen), den Taxpunkten (referenzielle Bewertung der einzelnen Leistung) und dem Taxpunktwert (monetäre Bewertung der Leistungen). Gemäss Artikel 43 Absatz 5 KVG müssen Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Die Taxpunkte werden durch die nationalen Verbände der Tarifpartner festgelegt, für die Leistungserbringer sind dies die Schweizerische Ärztevereinigung FMH und H+ Die Spitäler der Schweiz, für die Kostenträger der Dachverband der Versicherer santésuisse. Die Taxpunktwerte werden auf kantonaler Ebene zwischen santésuisse und den kantonalen Ärztesgesellschaften bzw. den Spitälern ausgehandelt. Aufgrund der Tarifautonomie können staatliche Stellen in materieller Hinsicht kaum Einfluss auf die direkte Ausgestaltung von TARMED nehmen. Hingegen obliegt es dem Bundesrat, nach Konsultation des Preisüberwachers die Tarifstruktur zu genehmigen und im Falle einer Nichteinigung der Tarifpartner, die Tarifstruktur festzulegen. Im Gegensatz zur Tarifstruktur ist der Geltungsbereich des Taxpunktwertes im KVG nicht gesetzlich vorgegeben. Die Taxpunktwerte und die dazu gehörenden Tarifverträge unterliegen der Genehmigung durch die jeweils zuständige Kantonsregierung. Können sich die Tarifpartner nicht auf einen Taxpunktwert einigen, so haben die Kantone diese hoheitlich festzulegen (GPK 2002, GPK 2002a, Schneider 2001).

1.2 Auftrag der Vorbereitungsstudie

Gemäss Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) ist das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) bzw. neu das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, die Durchführung und die Auswirkungen des KVG zu evaluieren. Im Dezember 2001 präsentierte das BSV den Synthesebericht zur Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz und schloss damit die Evaluation der Einführungsphase des KVG ab (INFRAS 2000, BSV 2001a). Aufgrund der um sechs Jahre verzögerten Einführung des TARMED im KV-Bereich gilt es nun, auch den neuen Arzttarif einer wissenschaftlichen Wirkungsanalyse zu unterziehen. Aus diesem Grund hat das BSV im Oktober 2003 eine Studie für die «Vorbereitung einer Wirkungsanalyse über die Einführung sowie die Wirkungen von TARMED» zur Offerte ausgeschrieben. Eine umfassende Evaluation der Auswirkungen von TARMED ist frühestens für das Jahr 2006 vorgesehen. Gemäss Ausschreibung umfasst die Vorbereitungsstudie die Formulierung der zentralen Fragen für die Evaluation, die Prüfung der bestehenden Datengrundlagen für die spätere Wirkungsanalyse, die Ausarbeitung eines detaillierten Evaluationsplans und eine erste Bestandesaufnahme der Wirkungen von TARMED auf die Kostenentwicklung. Die Bestandesaufnahme dient als erster Testlauf für die 2006 vorgesehene umfassende Wirkungsanalyse. Zudem bietet die Bestandesaufnahme dem BAG eine Grundlage, um anfangs 2005 ein Postulat der GPK des Ständerats über die Wirkungen von TARMED zu beantworten (Postulat 02.3177). Der vorliegende Bericht beschliesst die Abklärungen im Rahmen der Vorbereitungsstudie.

1.3 Ziele der zukünftigen Wirkungsanalyse

Hervorzuheben sind an dieser Stelle bereits die wesentlichen Zielsetzungen, welche die Wirkungsanalyse verfolgen wird. Die Wirkungsanalyse evaluiert die *Einführung* sowie die *Auswirkungen* von TARMED im Gegenstandsbereich.

- Erstens soll die Wirkungsanalyse überprüfen, ob und in welchem Ausmass die neue Tarifstruktur die angestrebten Ziele erreicht hat (Zielerreichungsanalyse). Im Vordergrund stehen dabei die drei zentralen Ziele ‚Steigerung der Transparenz in der Leistungserbringung‘, ‚Aufwertung der intellektuellen gegenüber den technischen Leistungen‘ sowie ‚kostenneutrale Einführung‘.
- Ergänzend soll die Wirkungsanalyse aber auch untersuchen, welche weiteren, nicht beabsichtigten (positiven und negativen) Wirkungen von TARMED empirisch festgestellt werden können.
- Und schliesslich sollen drittens Hinweise für eine Optimierung der Tarifstruktur und ihrer Anwendung erarbeitet und die erfolgsversprechenden Potentiale zur Erhöhung der Zielerreichung bzw. weiterer erwünschter Wirkungen aufgezeigt werden.

Aufgrund der hohen Komplexität der neuen Tarifstruktur und des Gegenstandsbereichs wird die Wirkungsanalyse nicht sämtliche denkbaren Wirkungen und Wirkungszusammenhänge im Zusammenhang mit TARMED analysieren können. Selbst wenn die finanziellen Mittel dazu zur Verfügung stehen würden, könnten aufgrund der vorhandenen Datengrundlage und dem Mangel an frei zugänglichen Informationen nicht alle interessierenden Fragestellungen bearbeitet werden. Die Wirkungsanalyse kann den praktischen Anforderungen des Auftraggebers aber auch genügen, wenn eine systematische und begründete Auswahl der zu evaluierenden Fragen getroffen wird. Da eine vollständige Evaluation nicht möglich sein wird, ist es umso wichtiger, die Ausrichtung und Ansätze der Evaluation sowie die Auswahl der Evaluationsfragen zu begründen (Klöti 1997).

1.4 Inhalt dieses Schlussberichts

Diese Studie dient zur Vorbereitung einer Wirkungsanalyse der neuen ärztlichen Tarifstruktur TARMED, die seit dem 1. Januar 2004 in der Schweiz im KVG-Bereich in Kraft ist. Die umfassende Wirkungsanalyse (oder: Evaluation) der Auswirkungen von TARMED ist zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen. Die Präsentation der Vorbereitungsstudie erfolgt in folgenden Schritten (vgl. Tabelle 1).

- Zunächst fassen wir das methodische Vorgehen zusammen (Kapitel 2).
- Dann legen wir die zentralen Fragen für die Wirkungsanalyse von TARMED dar. Dies geschieht auf der Grundlage von Aussagen über die Zielsetzungen von TARMED sowie über die erwarteten Auswirkungen. Der Hauptteil besteht in einem ausführlichen Wirkungsmodell, welches die wichtigsten potentiellen Auswirkungen von TARMED enthält (Kapitel 3).
- Die erste Bestandesaufnahme der Wirkungen von TARMED bezieht sich auf die Auswirkungen, wie sie sich nach rund einem halben Jahr nach dem Einsetzen von TARMED abzeichnen. Trotz des geringen Zeithorizonts und dem eingeschränkten Zugang zu Daten sind bereits erste gesicherte Aussagen über Wirkungen möglich; andere, z.B. über die quantitative Leistungs- und Kostenentwicklung, sind jedoch aufgrund der dürftigen Datenlage mit grösster Vorsicht zu geniessen (Kapitel 4).
- Abschliessend entwickeln wir einen Evaluationsplan mit dem die zentralen Fragen für die Wirkungsanalyse von TARMED untersucht und beantwortet werden können. Speziell verweisen wir auf bestehende Datensätze, die in besonderem Masse für die spätere Wirkungsanalyse geeignet sind. Zudem skizzieren wir zusätzliche notwendige Erhebungen (Kapitel 5).

Tabelle 1: Übersicht über die Kapitel und Inhalte des Schlussberichts

Kapitel	Inhalte	
• Vorgehen	• transparentes Aufzeigen der Vorgehensweise in dieser Vorbereitungsstudie	Kapitel 2
• Zielliste, Wirkungsmodell und zentrale Fragestellungen	• Darstellung der Ziele von TARMED • Darstellung der möglichen Auswirkungen von TARMED auf die Leistungserbringer und die Krankenversicherung in einem Wirkungsmodell • Formulierung der zentralen Fragen für die Evaluation	Kapitel 3
• Erste Bestandesaufnahme der Wirkungen von TARMED	• Beschreibung der bisherigen Erkenntnisse über die Wirkungen von TARMED • Konsequenzen aus der Bestandesaufnahme für die Durchführung der frühestens 2006 vorgesehenen umfassenden Wirkungsanalyse	Kapitel 4
• Evaluationsplan	• Darstellung möglichst genauer Anweisungen für die spätere Evaluationsstudie • Darstellung der Aussagen und Analysen, welche aufgrund der Datenlage machbar und zulässig sind oder nicht • Aufzeigen der allfälligen Kostenfolgen von zusätzlichen Erhebungen	Kapitel 5

Zusätzlich zu diesen Kapiteln beinhaltet der Anhang Angaben zu den Gesprächspartnern und den wichtigsten Datenquellen für die Wirkungsanalyse. Die Beschreibung der Datenquellen ist eine überarbeitete und gekürzte Version von Kapiteln aus dem zweiten Zwischenbericht. Die Kapitel im Schlussbericht können auch ohne Referenz auf die Anhänge und Zwischenberichte verstanden werden.

1.5 Exkurs: Zur Vorgeschichte von TARMED

TARMED ist ein ambitioniertes Projekt mit einer langen Vorgeschichte (BSV 2001: 4-5).¹ Bereits im April 1986 verständigten sich die FMH und die Medizinaltarifkommission UVG (MTK) auf eine Gesamtrevision des Arzttarifs im UV/IV/MV-Bereich. Mit dem Projekt Gesamtrevision Arzttarif (GRAT) verfolgten die Vertragspartner folgende Ziele (Weissenburger 2001):

- systematische und zeitgerechte Neustrukturierung und Neubewertung des Leistungskatalogs,
- Bewertung aller in der Arztpraxis und/oder im Spital erbrachten ärztlichen Leistungen nach einheitlichen Massstäben auf einer betriebswirtschaftlichen Grundlage,
- Aufwertung der intellektuellen gegenüber den technischen Leistungen und
- Verknüpfung des Leistungskatalogs mit Elementen der Qualitätssicherung.

¹ Dieses Kapitel basiert u.a. auf einer systematischen Recherche im Archiv der NZZ und auf Informationsgesprächen mit Experten.

Während für den UV-Bereich schon damals gesamtschweizerisch einheitliche Tarife galten (Art. 56 Abs. 4 UVG), herrschte im KV-Bereich ein tarifliches Wirrwarr für medizinische Leistungen. Erst mit dem neuen KVG wird ausdrücklich festgehalten, dass Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen. Zudem ist laut KVG auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und sachgerechte Struktur der Tarife zu achten (Art. 43 Abs. 4 KVG). Im Dezember 1996 tritt das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK; heute santésuisse) offiziell als vollberechtigter Partner dem GRAT-Projekt bei. Parallel (wenn auch wenig koordiniert) zu GRAT erfolgte die Totalrevision des Spitalleistungskatalogs durch die MTK und die Spitäler (sog. INFRA-Projekt). Gestützt auf die Vorarbeiten von GRAT bezweckte INFRA eine Neubewertung der spitalinfrastrukturellen Leistungen. Am 28. Januar 1999 schliesslich verkündeten die Vertragsparteien FMH, H+ Die Spitäler der Schweiz, KSK und MTK den Abschluss des Projekts GRAT/INFRA und informierten die Öffentlichkeit über den neuen Arzt- und Spitaltarif TARMED und ihren Willen, diesen im Jahr 2000 kostenneutral einzuführen. Ausserdem versprachen die Tarifparteien, bis Ende Mai 1999 ein gemeinsam erarbeitetes Umsetzungskonzept zur Kostenneutralität vorzulegen.

Als nun aber hinter der neuen Tarifstruktur drohende Einkommensverluste für Ärzte mit bestimmten Facharzttiteln erwartet wurden, formierte sich zunehmender Widerstand besonders von der Vereinigung der invasiv und operativ tätigen Ärzteschaft der Schweiz (FMS), die im Februar 1999 gar ein eigenes Tarifmodell präsentierte und eine generelle Wertkorrektur der apparativen Leistungen um rund zwanzig Prozent forderte. Die folgenden Jahre sollten dann auch speziell die unterschiedlichen Interessenlagen zwischen den Tarifparteien zum einen und innerhalb der Ärzteschaft zum anderen zu Tage fördern. Nach weiteren Überarbeitungs- und Verhandlungsrunden unterzeichneten die Tarifparteien im Mai 2000 einen Vorvertrag zu TARMED (Version Alpha 3.0), welcher dem Bundesrat im Juni 2000 zusammen mit einem Grobkonzept zur kostenneutralen Einführung vorgelegt wurde. Nach Konsultation des Preisüberwachers genehmigte der Bundesrat im September 2000 die vorgelegte Tarifstruktur, machte die Einführung von TARMED aber abhängig vom Vorliegen eines bundesrätlich genehmigten Vertrages zwischen den Tarifparteien über die Kostenneutralität. Nach einer erneuten Überarbeitungsrunde konnte im März 2001 die erste abrechnungsfähige Tarifstruktur (Version 1.0 als Modifikation der genehmigten Version Alpha 3.0) dem Bundesrat zugestellt werden. Auf die Forderung der Ärzteschaft nach weiteren Korrekturen reagierte Bundesrätin Dreifuss im April 2001 mit einem (weiteren) Ultimatum und drohte die Tarifverhandlungen als gescheitert zu erklären, falls bis Ende August 2001 die Nachbesserungsarbeiten nicht abgeschlossen wären. Im November 2001 unterbreiteten die Tarifparteien schliesslich die letzte überarbeitete Version der Tarifstruktur (Version 1.1) dem Bundesrat. Dieser Version stimmten auch die Schweizer Ärzte im Rahmen einer Urabstimmung im März 2002 zu, wengleich die unterlegene FMS TARMED weiterhin opponierte. Nach Konsultation mit der Preisüberwachung genehmigte schliesslich der Bundesrat am 30. September 2002 die Tarifstruktur TARMED Version 1.1 sowie zwei KVG-Rahmenverträge zwischen den Vertragsparteien.

Die letzte Phase vor Inkrafttreten des neuen Tarifs stand schliesslich im Zeichen der Verhandlungen auf Kantonsebene über die Modalitäten für die TARMED-Einführung auf den 1. Januar 2004. Im Zentrum der Diskussionen und auch Auseinandersetzungen stand dabei der (Start-)Taxpunktwert. Im Gegensatz zu den Taxpunkten ist der Geltungsbereich des Taxpunktwertes nicht national festgelegt, sondern wird in jedem Kanton einzeln vereinbart. Damit soll dem unterschiedlichen Kostenniveau Rechnung getragen werden. Nach monatelangen, intensiven Verhandlungen haben sich die santésuisse und die kantonalen Ärztegesellschaften auf kantonale Vereinbarungen zur Einführung von TARMED mit entsprechenden Taxpunktwerten (TPW) geeinigt. Die meisten Start-Taxpunktwerte liegen unter einem Franken. Die Spannweite der vereinbarten, vom Preisüberwacher begutachteten und teilweise von den Kantonsregierungen genehmigten Taxpunktwerten für die Ärzteschaft reicht von 78 Rappen im Kanton Wallis bis 98 Rappen im Kanton Genf. Eine Klage, die im August 2003 von fünfzig FMH-Ärzten mit Unterstützung der FMS beim Gericht Bern-Laupen eingereicht wurde, hatte keinen Erfolg. Das Gericht lehnte im Januar 2004 eine einstweilige Verfügung ab, die TARMED ausser Kraft gesetzt hätte. Mit ihrem Vorgehen hatten diese Ärzte die Einführung des TARMED im KVG-Bereich verhindern wollen. Die vor allem invasiv tätigen Ärzte gaben an, wegen der neuen Tarife nicht mehr angemessene Honorare zu erreichen. Ihre nun gescheiterte Klage richtete sich gegen die beiden Vertragsparteien FMH und den Dachverband der

Krankenversichererer santésuisse. Sie verlangten vom Gericht festzustellen, dass keine gültige Zustimmung zum TARMED zustande gekommen sei.

Im Bereich der öffentlichen Spitäler² haben sich die kantonalen Vertragspartner in fast allen Kantonen auf eine vertragliche Vereinbarung samt Start-Taxpunktwert einigen können. Hierbei bewegt sich der Taxpunktwert in der Regel ebenfalls unter einem Franken: Der höchste Wert beträgt 99 Rappen im Kanton Waadt, der tiefste 72 Rappen im Wallis. Das schweizerische Mittel der vereinbarten Taxpunktwerte liegt bei 89 Rappen. In Graubünden und Aargau haben die Krankenversicherer den Antrag auf das behördliche Festsetzungsverfahren gestellt, weil sich hier die Tarifpartner nicht einigen konnten. Problematischer ist die Situation bei den Privatspitälern, da viele von ihnen auf Start-Taxpunktwerten beharrten, die sich zwischen Fr. 1.20 und Fr. 1.60 bewegen. Eine Klage von H + Die Spitäler der Schweiz, die Taxpunktwerte von über einem Franken durchsetzen wollte, wurde vom kantonalen Berner Schiedsgericht im Dezember 2003 zurückgewiesen. Dagegen halten die Krankenversicherer klar an der 1-Franken-Limite fest. In den meisten Kantonen haben sie deshalb die Verhandlungen abgebrochen und das behördliche Festsetzungsverfahren eingeleitet. Die Entscheide der Kantonsregierungen zu den TPW sind beim Bundesrat letztinstanzlich anfechtbar. Von diesem Rekursrecht haben die Parteien häufig Gebrauch gemacht und Beschwerden eingereicht. Der Bundesrat hat bisher in fünf Fällen abschliessend entschieden.

2 Der Begriff öffentliche Spitäler wird in diesem Bericht als Kurzform für öffentliche oder öffentlich subventionierte Spitäler gemäss KVG verwendet.

2 Vorgehen

2.1 Konzeptionelle Grundannahmen zum Evaluationskonzept

Die Vorbereitungsstudie entwickelt die Grundlagen für eine spätere Evaluation von TARMED. Grundsätzlich können Evaluationen verschiedene Schwerpunkte setzen und Ansätze verfolgen. Bereits zu Beginn der Vorbereitungsstudie haben wir einige dieser Schwerpunkte und Ansätze festgesetzt (Widmer et al. 2004). An dieser Stelle fassen wir einige dieser Annahmen zum Evaluationskonzept zusammen, auf deren Grundlage das Vorgehen gewählt und der Evaluationsplan entwickelt wurden.

Zusammengefasst handelt es sich um die folgenden wichtigsten Grundannahmen:

- Die umfassende Wirkungsanalyse wird eine wissenschaftliche Untersuchung sein, die empirisch belegbare Aussagen über die Wirkungen von TARMED zum Ziel hat. Damit handelt es sich um eine *Ex-post-Evaluation*. Im Mittelpunkt stehen Fragen nach der Art der Wirkungen der Massnahme in der Praxis und nach den genauen Wirkungszusammenhängen, durch die TARMED Wirkungen (oder eben keine Wirkungen) entfaltet. Die Wirkungsanalyse soll ein fundiertes Verständnis von Wirkungen und Wirkungszusammenhängen ermöglichen. Das Vorgehen orientiert sich an den massgebenden Evaluationsstandards (Widmer et al. 2000).
- Die Wirkungsanalyse konzentriert sich auf solche *Dimensionen*, die in der Politikevaluation generell im Vordergrund stehen. Vereinfacht gesagt handelt es sich um das Konzept der Massnahme, die Vollzugsstrukturen, die Anwendung (Output), die Wirkungen auf der Ebene des Verhaltens der Zielgruppen und Adressaten (Outcome) und die Auswirkungen von Verhaltensänderungen der Adressaten auf weitere Faktoren wie z.B. die Kostenentwicklung im KV-Bereich (Impact).³ Wesentlich ist, dass die Wirkungsanalyse eine Beurteilung der durch TARMED bewirkten Verhaltensänderungen der Tarifpartner und der Auswirkungen davon für Kosten und Angebote im KV-Bereich erlaubt (sogenanntes outcome- und impact-assessment).
- Angesichts der politischen Bedeutung der Tarifstruktur TARMED verfolgt die Wirkungsanalyse in erster Linie einen *summativen Evaluationsansatz*. In dieser Hinsicht wird die Wirkungsanalyse im Jahre 2006 das bisher Erreichte prüfen und im Sinne einer (Zwischen-)Bilanz die Zielerreichung von TARMED insgesamt beurteilen. Im Vergleich dazu stehen formative Ansätze zur laufenden Verbesserung bzw. Optimierung der Tarifstruktur im Hintergrund. Neben der Analyse des Grads der Zielerreichung überprüft die Wirkungsanalyse auch mögliche *nicht-intendierte Wirkungen* positiver wie negativer Art.
- Besonders wichtig und zentral ist die Anwendung eines *theoriebasierten Evaluationsansatzes* (Bickman 1987, Bickman 1990, Birckmayer/Weiss 2000, Chen 1990, Rogers 2000, Rogers et al. 2000, Weiss 1998). Ein solcher verlangt eine Ausrichtung der Evaluation an einer expliziten Programmtheorie bzw. an einem konkreten Wirkungsmodell, das die auf theoretischer Ebene formulierten Vermutungen über die Wirkungsweise der Tarifstruktur TARMED aufzeigt. Anders als sogenannte Black-Box-Evaluationen wollen theoriebasierte Evaluationen nicht nur aufzeigen, *ob* ein Programm funktioniert und seine Ziele erreicht, sondern auch *wie* und *warum* die interessierenden Wirkungen zustande (oder nicht zustande) kommen. Zu diesem Zweck müssen die zentralen Wirkungszusammenhänge in Form eines theoretischen Modells formuliert werden, damit die Evaluation die verschiedenen Wirkungsketten empirisch überprüfen kann. Die Hauptvorteile dieses Vorgehens sind der wesentliche Beitrag zur Systematisierung der Zusammenhänge und die bessere Begründbarkeit der Auswahl von Teilfragen.

³ Die hier verwendete Begrifflichkeit orientiert sich an der auf internationaler Ebene gebräuchlichen Fachterminologie (vgl. Widmer 2001). In der Schweiz werden diese Begriffe teilweise anders gehandhabt (z.B. Balthasar 2000, Knoepfel/Bussmann 1997).

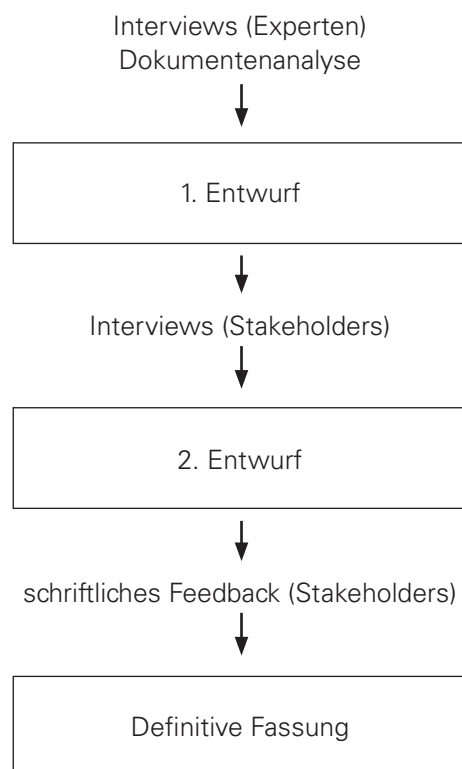
- Die Wirkungsanalyse wird bis zu einem gewissen Grad einen *partizipativen Ansatz* verfolgen. Die Qualität der Wirkungsanalyse hängt stark von der Kooperation der Tarifpartner von TARMED ab, Zugang zu Datensätzen zu verschaffen und weitere Informationen und Erfahrungen über die Einführung und Umsetzung von TARMED mitzuteilen. Es ist zwar auch möglich, eine Wirkungsanalyse ohne Unterstützung durch die Tarifpartner zu erstellen, eine gute Zusammenarbeit mit den Tarifpartnern erhöht aber die Aussagekraft der Analyse. Weitere Gründe, die für die Verwendung eines partizipativen Ansatzes sprechen, sind der mögliche Austausch von Ansichten zwischen Akteursgruppen und die Schaffung von Legitimität für die Resultate der Wirkungsanalyse bei den Beteiligten.

2.2 Vorgehen zur Entwicklung einer Zielliste und des Wirkungsmodells

Ein Hauptteil der Vorbereitungsstudie bestand in der Entwicklung einer Zielliste und eines Wirkungsmodells zu TARMED.⁴ Die Zielliste und das Wirkungsmodell bilden die Grundlage, um die genauen inhaltlichen Fragestellungen der Evaluation formulieren zu können: Welche Fragen wird die Evaluation beantworten müssen? Abstrakt formuliert muss die Evaluation zeigen, ob die in TARMED gesetzten Ziele erreicht wurden und welche Wirkungen zusätzlich beobachtet werden können. Dazu müssen zunächst eine Liste der mit TARMED verfolgten Ziele erstellt werden (Zielliste) und eine detaillierte Übersicht der möglichen Wirkungen von TARMED auf die Leistungserbringer und das Gesundheitswesen erstellt werden (Wirkungsmodell).

Die Zielliste und das Wirkungsmodell wurden in enger Zusammenarbeit mit den Tarifpartnern und wichtigen staatlichen Akteuren entwickelt. Weil die Entwicklung des Wirkungsmodells weitaus anspruchsvoller war als das Zusammenstellen einer Zielliste, haben wir für ersteres ein Verfahren in drei Stufen gewählt.

Abbildung 1: Vorgehen zur Entwicklung des Wirkungsmodells



⁴ Für eine ausführlichere Diskussion des Vorgehens vergleiche Widmer et al. (2004a) und Bisang et al. (2004).

- Stufe 1: Ein erster Entwurf eines Wirkungsmodells basierte auf einer Analyse von Dokumenten des BAG, der santésuisse, der FMH und FMS, von H+ Die Spitäler der Schweiz, der GDK und von TARMED Suisse, sowie auf Informationsgesprächen mit Expertinnen und Experten in den Bereichen TARMED und KVG.
- Stufe 2: Der erste Entwurf diente als Grundlage für ausführliche Gespräche mit den Tarifpartnern und staatlichen Stellen über die von ihnen vermuteten Wirkungen und Zusammenhänge. Angesichts der Bedeutung von TARMED für die Ärztinnen und Ärzte haben wir dieser Perspektive besonderes Gewicht beigemessen (drei ausführliche Interviews), die Spitäler und Krankenversicherer waren in je einem Interview vertreten. Weitere interviewte Akteure verfügten über besonders detailliertes Wissen über die Umsetzung und beleuchteten das Thema schwergewichtig von der Seite der Leistungsbezieher (Preisüberwachung), der Kantone (GDK) und der zuständigen Bundesstelle (BAG). Die ein- bis zweistündigen Leitfadeninterviews deckten thematisch dieselben Themenfelder ab, waren aber offen gehalten. Aus den Interviews haben wir eine Synthese gezogen und darauf das Modell für einen zweiten Entwurf überarbeitet.
- Stufe 3: Der zweite Entwurf ging zur Überprüfung an die Personen (vgl. Anhang 1) zurück, die in der ersten Runde bereits das Modell diskutiert hatten. Dadurch erhielten die Interviewten ein weiteres Mal die Möglichkeit, inhaltliche Veränderungsvorschläge zu äussern. Ebenfalls erlaubte dies für die Interviewten eine Kontrolle darüber, ob ihre zentralen Aussagen von den Interviewern korrekt verstanden und umgesetzt wurden. Zusätzlich diente der Entwurf auch als eine Rückmeldung an die Interviewten, um zu zeigen, welche zentralen Wirkungen oder Befürchtungen die anderen wichtigen Akteure teilen. Insgesamt haben wir rund ein Dutzend Hinweise erhalten, wie das Modell ergänzt oder korrigiert werden kann oder inwiefern Vorbehalte anzubringen sind. Diese Hinweise sind direkt in die Überarbeitung zum definitiven Wirkungsmodell eingeflossen.

Im Anhang sind neben den verschiedenen Gesprächspartnern (Anhang 1) auch die in den verschiedenen Stufen entworfenen Wirkungsmodelle aufgeführt (Anhang 3).

Insgesamt erlaubte dieses Vorgehen, ein umfassendes Bild der Einschätzungen von Wirkungen von TARMED zu zeichnen. In den grundsätzlichen Teilen stimmte dieses Bild bei den Befragten überein. Es scheint eine Art Grundkonsens darüber zu bestehen, welches die zentralen Fragen sind. Unterschiedlich waren die Einschätzungen, wie stark einzelne Wirkungszusammenhänge werden könnten – wozu einige Befragte durchaus wichtige Auswirkungen vermuteten, fanden andere, dass diese mögliche Wirkungen stark überschätzt werden. In den Interviews haben wir nicht grundsätzlich divergierende Wirkungsmodelle beschrieben erhalten, vielmehr wurde aus unterschiedlicher Perspektive dasselbe Modell beleuchtet. Entstanden ist dadurch ein abgerundetes Bild über die möglichen Auswirkungen von TARMED.

Im Gegensatz zum Wirkungsmodell haben wir die Zielliste (Kapitel 3.1) nicht in einem zweistufigen Verfahren zur Diskussion gestellt. Unserer Meinung nach sind die Aussagen dazu von Seiten der Befragten zu einheitlich, als dass sich zur Bereinigung ein zweiter Durchgang aufgedrängt hätte. Für das weitaus komplexere Wirkungsmodell war ein zweiter Durchgang notwendig, aufgrund der übereinstimmenden Aussagen drängte sich hier hingegen ein dritter Durchgang an Interviews nicht auf.

2.3 Abklärungen der bestehenden Datenlage

Nach den eher theoretischen und konzeptionellen Abklärungen für das Wirkungsmodell prüften wir in der Vorbereitungsstudie als nächstes die bestehende Datenlage. Welche Daten sind schon vorhanden und was sagen sie aus? Über welchen Zeitraum stehen die Daten zur Verfügung und ab wann sind sie für eine Wirkungsanalyse von TARMED verfügbar? Wie aussagekräftig und zuverlässig sind die Daten für die Zwecke der Evaluation und welche Fragen müssen aufgrund der Datenlage von der Evaluation ausgeschlossen werden? Insgesamt handelte es sich bei diesem Modul um eine erste Machbarkeitsstudie der Evaluation, die bestehende Daten berücksichtigt.

Wir sind zunächst von den bereits bestehenden Datensätzen ausgegangen. Dazu zählen der Datenpool der santésuisse, die Daten der NewIndex AG der kantonalen Ärztesgesellschaften, die Krankenversicherungsstatistik des BAG, die Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens des BfS und Daten zu Ärztteeinkommen der FMH. Es zeigte sich, dass diese Quellen Daten für die wichtigsten Indikatoren der Evaluation, namentlich zu Leistungen, Kosten und Einkommen enthalten.

Es ist zu betonen, dass die Auswahl der oben erwähnten Datensätze gezielt erfolgte, d.h. wir beschränkten uns auf solche Datensätze,

- die bereits im Vorfeld explizit als mögliche Datenquellen für eine Wirkungsanalyse von TARMED erwähnt wurden,
- oder die im Verlaufe weiterer Abklärungen über die Datenquellen des BAG, des BfS und des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan (Strub et al. 2004) identifiziert wurden.

Im Anhang 2 sind die Datensätze beschrieben, die in der Wirkungsanalyse von TARMED verwendet werden könnten. Es handelt sich um keine Gesamtwürdigung der einzelnen Datensätze und noch weniger um eine umfassende Beschreibung aller Datenquellen, die im Zusammenhang mit der Krankenversicherung und Gesundheitskosten relevant sind. Vielmehr werden die für die Wirkungsanalyse relevanten Datensätze abgedeckt. Da die Durchsicht der Quellen von BAG, BfS und des Obsan keine grundlegenden Erweiterungen brachten, gehen wir davon aus, dass die relevanten Quellen enthalten sind.

Die Datensätze sind unterschiedlich gut dokumentiert. Am besten dokumentiert sind die öffentlich zugänglichen Quellen, mit welchen das BAG und das BfS arbeiten. Hierzu waren von unserer Seite nur kurze telefonische Nachfragen nötig, um die Verwendbarkeit der Daten für die Wirkungsanalyse von TARMED einschätzen zu können. Im Vergleich dazu sind die Daten der santésuisse und der NewIndex AG weniger bekannt. Wir konnten die notwendigen Informationen über diese Datensätze durch ausführliche direkte Interviews mit Schlüsselpersonen, welche die Datensätze entworfen haben oder die technische Leitung der Datensammlung innehaben, gewinnen.

2.4 Erste Bestandesaufnahme

Als nächstes folgt eine erste Bestandesaufnahme der unmittelbaren Wirkungen von TARMED. In diesem Schritt fassen wir erste Erkenntnisse über die Wirkungen von TARMED nach rund einem halben Jahr nach dessen Einführung zusammen. Zudem zeigt die Bestandesaufnahme Möglichkeiten und Grenzen für die Beantwortung der im Wirkungsmodell enthaltenen Fragestellungen auf und veranschaulicht die Anwendungsmöglichkeiten der vorher besprochenen Daten.

Die erste Bestandesaufnahme stützt sich hauptsächlich auf drei Quellen:

- Erstens werten wir Informationen aus, die von den Tarifpartnern und dem Kostenneutralitätsbüro in Dokumenten (z.B. in Pressecommuniqués) öffentlich gemacht wurden. Dies wird ergänzt durch weitere Dokumente und Artikel in der Tagespresse.
- Zweitens werten wir Daten aus dem santésuisse Datenpool aus, die dem BAG bereits zur Verfügung stehen. Es handelt sich dabei um Daten für das erste und das zweite Quartal 2004 sowie um Auszüge aus den Jahresdaten für 2002 und 2003.
- Drittens stützen wir uns auf die Antworten von einem Tarifpartner und zwei Beobachtern zu einer kurzen Umfrage über die Einschätzung der Einführung und Wirkungen von TARMED. Angeschrieben haben wir in dieser Umfrage die sechs im Kostenneutralitätsbüro einsitzenden Akteure (drei Tarifpartner, drei Beobachter), die direkt von TARMED betroffen sind und über einen privilegierten Zugang zu Informationen verfügen.

Gerne hätten wir uns in dieser ersten Bestandesaufnahme auf noch detailliertere Daten und Informationen gestützt:

- Namentlich den Tarifpartnern und dem Kostenneutralitätsbüro liegen Daten aus dem santésuisse Datenpool und von der NewIndex AG vor, welche die Leistungsentwicklungen zu diesem Zeitpunkt am aktuellsten und differenziertesten abbilden. Zwei Gesuche um Einsichtsrecht in diese Daten wurden vom Kostenneutralitätsbüro aber explizit abgelehnt.
- In der oben beschriebenen Umfrage haben zwei Tarifpartner und ein Beobachter nicht geantwortet. Immerhin sind drei Antworten eingetroffen, obwohl das Kostenneutralitätsbüro als Ganzes zunächst eine Teilnahme an dieser Umfrage kategorisch abgelehnt hat.

Insgesamt stützt sich die erste Bestandesaufnahme also aufgrund der mangelnden Unterstützung durch die Vertreter im Kostenneutralitätsbüro nicht auf die bestmögliche Daten- und Informationsbasis. Trotzdem können bereits zu diesem Zeitpunkt einige gesicherte Aussagen über Wirkungen gemacht werden; vor allem die Einschätzung der Wirkungen auf die Leistungsentwicklung ist allerdings mit grösster Vorsicht zu geniessen.

2.5 Entwicklung des Evaluationskonzepts

Auf der Grundlage der entwickelten Fragestellungen und den Abklärungen über die Datenlage wird das Evaluationskonzept entwickelt. Das Konzept hat einen an den Fragestellungen orientierten modularen Aufbau. Der modulare Aufbau erleichtert die Übersicht der Untersuchungsschritte und die Schätzung der für die Evaluation anfallenden Kosten.

3 Zielliste, Wirkungsmodell und zentrale Fragestellungen

Welche Fragen muss die Evaluation von TARMED beantworten? Die Evaluation von TARMED muss zeigen, ob die in TARMED gesetzten Ziele erreicht wurden und welche weiteren wichtige beabsichtigten und unbeabsichtigten Wirkungen zu beobachten sind. In diesem Kapitel formulieren wir die wichtigsten begrifflichen und theoretischen Grundlagen für die Wirkungsanalyse von TARMED.

- Die *Zielliste* enthält die konkreten Ziele, die mit der Einführung und Umsetzung von TARMED erreicht werden sollen. Der Vergleich der beobachteten Wirkungen mit den anfänglich gesetzten Zielen bildet in der Wirkungsanalyse die Grundlage für eine Zwischenbilanz über den Grad der Zielerreichung (Soll-Ist-Vergleich).
- Das *Wirkungsmodell* enthält die Annahmen über die wichtigsten Auswirkungen von TARMED und der Umsetzung von TARMED auf das Verhalten der Zielgruppen (in erster Linie der Leistungserbringer im KV-Bereich) und auf das Angebot und die Kosten im KV-Bereich. Im Vergleich zur Zielliste ist das Wirkungsmodell weitaus komplexer und umfasst auch Auswirkungen ausserhalb der Zieldimensionen.
- Auf der Grundlage der Zielliste und des Wirkungsmodells können die *zentralen Fragestellungen* der Wirkungsanalyse TARMED formuliert werden. Zu diesen zentralen Fragestellungen werden später die Module im Evaluationsplan formuliert.

Wie in Kapitel 2 beschrieben, wurden die Zielliste und das Wirkungsmodell in enger Zusammenarbeit mit den Tarifpartnern und mit weiteren beteiligten Akteuren entwickelt. Diese beiden Elemente widerspiegeln die Ziele und möglichen Wirkungen, wie sie von verschiedensten Beteiligten wahrgenommen werden. Die Auswahl der zentralen Fragestellungen basiert auf diesen beiden Elementen.

3.1 Zielliste von TARMED

3.1.1 Zentrale Ziele von TARMED

Mit der Umsetzung der Tarifstruktur TARMED verfolgen der Bund und die Tarifpartner eine Reihe von Zielen. Die zentralen Ziele entsprechen den beabsichtigten Wirkungen, die TARMED in der Zukunft entfalten soll. In der Wirkungsanalyse sollen diese beabsichtigten Wirkungen erfasst und direkt mit den einzelnen Zielen verglichen werden. Dies erlaubt es, eine Zwischenbilanz zum Grad der Zielerreichung zu ziehen.

Im Kern werden mit TARMED folgende drei zentrale Ziele verfolgt:

- Die Tarifstruktur TARMED soll mehr *Transparenz* in die Leistungserbringung im ambulanten Bereich des Schweizer Gesundheitswesens bringen. TARMED soll in diesem Bereich eine solide Informationsbasis bieten. Er soll zunächst detaillierte Informationen über die erbrachten medizinischen Leistungen liefern, die bislang nicht in diesem Mass erfasst wurden. TARMED soll Vergleichsmöglichkeiten schaffen zwischen und innerhalb den Leistungen der Ärzte in der Praxis und den ambulanten Leistungen in den Spitälern. Ebenfalls soll TARMED Vergleiche zwischen den Kantonen ermöglichen; durch die gesamtschweizerisch gültige Tarifstruktur können die Varianzen von ärztlichen Leistungserbringern statistisch besser erfasst werden, weil z.B. bei Spezialisten ein grösseres Sample an Leistungserbringern zur Verfügung steht.
- TARMED zielt auf eine *Aufwertung der intellektuellen Leistungen* gegenüber den technischen (apparativen) Leistungen. Besonders dem Patientengespräch soll mehr Wertschätzung entgegengebracht

werden. Dafür sollen eine Reihe von apparativen, invasiven und operativen Tätigkeiten geringer entschädigt werden. Nach Ansicht von Befragten ergibt sich dieses Ziel zunächst aus der Anforderung an eine sachgerechte Tarifstruktur, die zwangsläufig veraltete und überbewertete Tarife für technische Leistungen nach unten korrigiert. Andererseits wird auch vermutet, dass in der faktischen Ausgestaltung nicht nur die betriebswirtschaftliche Bemessung sondern auch politisches Kalkül mitentscheidend war. Mit der Aufwertung der intellektuellen Leistungserbringung verbunden ist als Folge, dass die bestehenden *Einkommensunterschiede zwischen verschiedenen Leistungserbringergruppen* verringert werden sollen. Da die Annäherung der Einkommen nicht zu einem Kostenschub führen darf, kann sie nur über den Preis einer gewissen Umverteilung von Einkommen erfolgen. Konkret geht es darum, das Einkommen der allgemeinpraktizierenden Ärzte aufzubessern auf Kosten der Einkommen von Ärzten, die chirurgisch tätig sind oder kostspielige Geräteinfrastrukturen benötigen.

- Ein explizites politisches Ziel ist, dass die Einführung von TARMED *keine Kostensteigerung* im Gesundheitswesen verursacht. Dieses Ziel steht im Mittelpunkt des Interesses der staatlichen Akteure. Fixiert ist dieses Ziel in der Vereinbarung der Tarifpartner zur Einhaltung einer Kostenneutralitätsphase von 18 Monaten ab Einführung des Tarifs. Über die Zeit dieser Einführungsphase hinaus gibt es keine expliziten Ziele zu den Kostenwirkungen von TARMED.

Tabelle 2: Zentrale Zielsetzungen von TARMED

<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Transparenz in der Leistungserbringung
<ul style="list-style-type: none"> • Aufwertung der intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen; dadurch Verringerung der Einkommensunterschiede zwischen verschiedenen ärztlichen Leistungserbringergruppen
<ul style="list-style-type: none"> • kostenneutrale Einführung

Diese Ziele von TARMED bilden die Grundlage für den Soll-Ist-Vergleich. Entsprechend sind in der Evaluation Wirkungen zu erfassen, welche es zulassen, den Grad der Zielerreichung zu beurteilen. Bei den von uns interviewten Tarifpartnern und Interessenvertretern sind diese Ziele unbestritten, sie wurden meistens spontan im Gespräch genannt. Bezüglich der Verringerung der Einkommensunterschiede zwischen den verschiedenen Leistungserbringergruppen ist zu betonen, dass es sich um eine Folge der Aufwertung der intellektuellen Leistungen handelt, und dass die Anpassung der Einkommensunterschiede in stärkerem Masse ein Thema ist für die Ärzte als für die eher an der Entwicklung der Gesamtkosten interessierten öffentlichen Stellen.

3.1.2 Weitere Ziele von TARMED

Neben diesen drei zentralen Zielen von TARMED ist noch an weitere Ziele zu denken. Dabei handelt es sich um Ziele, die hauptsächlich in der Ausgestaltung des Tarifs massgebend waren und die noch in Tarifierpassungen einfließen (vgl. Tabelle 3). Im Unterschied zu den zentralen Zielen sind sie für die Überprüfung des Grads der Zielerreichung in der Wirkungsanalyse nur von zweiter Priorität, und zwar aus den folgenden Gründen:

- In einem Fall handelt es sich um sehr allgemein formulierte Ziele, so gilt als übergeordnete Anforderung an die Tarife in der Krankenversicherung, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Art. 43 Abs. 6 KVG). Inwiefern dieses Ziel erreicht wurde, lässt sich in der Wirkungsanalyse von TARMED erst in den Schlussfolgerungen und als Gesamtbilanz über die verschiedenen Teile der Evaluation einschätzen.

- In den anderen Fällen handelt es sich um Ziele, die in der Ausgestaltung massgebend waren, und die bereits zum grössten Teil erreicht wurden. So wurden mit der Einführung von TARMED veraltete Tarife bereits revidiert und eine (mit Ausnahme der Taxpunktweite) gesamtschweizerisch und im ambulanten Bereich einheitliche, umfassende und revidierbare Tarifstruktur geschaffen. Bereits bei der Einführung von TARMED können diese Ziele als grundsätzlich erreicht betrachtet werden.

Tabelle 3: Weitere Ziele von TARMED

• qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst geringen Kosten
• betriebswirtschaftliche Bemessung
• gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur
• Revision veralteter Tarife
• Schaffung einer revidierbaren (flexiblen) Tarifstruktur
• Schaffung eines umfassenden Verzeichnisses von medizinischen Leistungen
• Schaffung einer einheitlichen Tarifierung von ambulanten Leistungen (im Vergleich zwischen Leistungserbringern)

Eine Beurteilung der generellen Zielerreichung von TARMED ist nur möglich, wenn auch die in diesem Abschnitt genannten Ziele berücksichtigt werden. Auch wenn bei einer Evaluation z.B. festgestellt würde, dass TARMED unter dem Strich mehr Kosten verursacht hat als Ersparnisse, so sind dem die bereits erreichten Ziele entgegenzusetzen wie beispielsweise die Schaffung einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur oder die Korrektur veralteter Tarifpositionen. Im Mittelpunkt der Wirkungsanalyse und als Messlatte für die Zukunft dienen aber die zentralen Ziele, die erst durch die Anwendung von TARMED erreicht werden sollen (vgl. Tabelle 2).

3.2 Wirkungsmodell von TARMED: Übersicht

Die ärztliche Tarifstruktur TARMED *könnte* unterschiedliche Wirkungen entfalten. Die Annahmen über die wichtigsten möglichen Auswirkungen von TARMED haben wir in einem Wirkungsmodell (Abbildung 2) zusammengefasst. Das Wirkungsmodell enthält die Variablen, Faktoren oder Inhalte, die in der Evaluation auch mit Daten berücksichtigt werden sollten.

Das Wirkungsmodell stellt die zentralen möglichen Wirkungen von TARMED dar, wie sie im Frühjahr 2004 von Vertretern der Tarifpartner und staatlichen Akteuren wahrgenommen werden. Es erlaubt einen breiten Überblick über die denkbaren Wirkungen und eine Einordnung der einzelnen Auswirkungen in einen grösseren Zusammenhang.

Das Wirkungsmodell besteht aus über vierzig Elementen und Pfeilen, die sich in sieben Teilen zusammenfassen lassen:

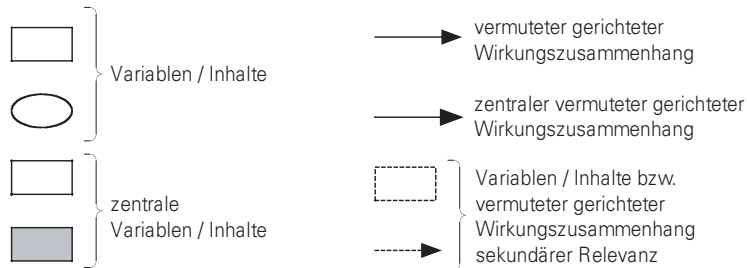
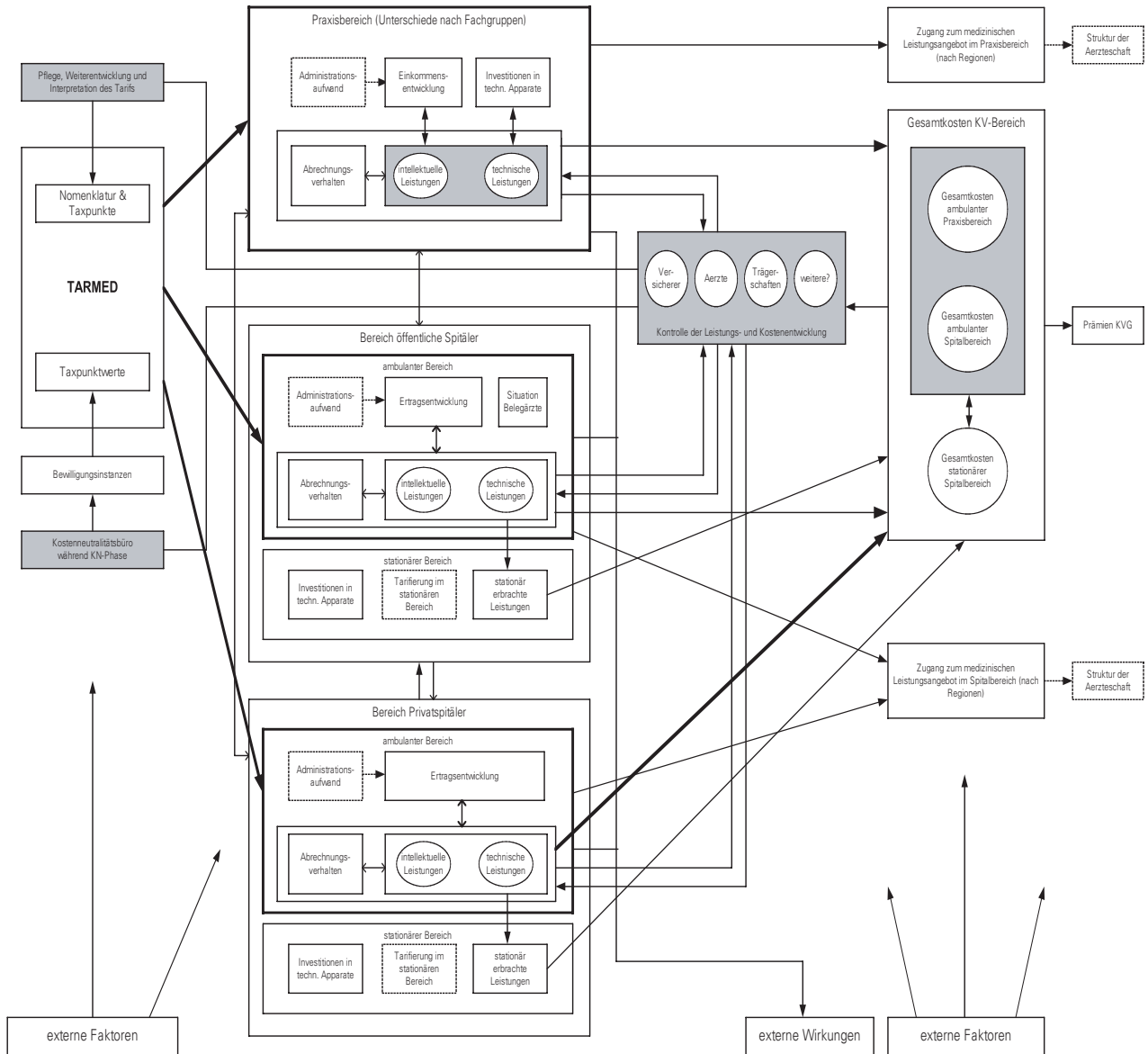
- Das Wirkungsmodell beginnt mit der Tarifstruktur TARMED, mit den Taxpunkten und den Taxpunktweiten als den beiden wichtigsten Merkmalen sowie mit einer Reihe von Instanzen für die Tarifbewilligung und -pflege.

- TARMED wirkt zunächst auf die Ärzte in der Praxis als wichtigste Leistungserbringer im KVG-Bereich («Praxisbereich»). Dazu zählen Variablen, die direkt auf der Ebene der einzelnen Praxis, der Ärzte oder pro Facharztgruppe beobachtet werden können.
- TARMED wirkt gleichzeitig auch auf die öffentlichen Spitäler als weitere wichtige Leistungserbringer im KVG-Bereich. Mehrere Kästchen widerspiegeln die Inhalte, die in ähnlicher Weise auch bei den Ärzten in der Praxis eine Rolle spielen, andere Punkte sind spezifisch für den Spitalbereich relevant.
- TARMED gilt auch in den Privatspitälern, wo eine andere Dynamik erwartet wird als in den öffentlichen Spitälern.
- An die Leistungserbringung schliesst sich die Kontrolle der Leistungs- und Kostenentwicklung an. Die Kontrolle erfolgt zeitlich nach der Leistungserbringung, die Rückmeldungen können aber auch direkt die Leistungserbringer in ihrem Verhalten beeinflussen oder zu Tarifierpassungen führen.
- Die Auswirkungen von TARMED auf die Leistungserbringung im Praxis- und Spitalbereich können die Kosten und langfristig das Angebot der medizinischen Leistungen beeinflussen.
- Die dargestellten Zusammenhänge spielen sich nicht im luftleeren Raum ab. Vielmehr werden TARMED, die Leistungserbringung und die Folgewirkungen von einer ganzen Reihe externer Faktoren beeinflusst.

Die Wirkungszusammenhänge können sich über die Zeit, vor allem in ihrer Stärke, verändern.

Aus diesem Modell sind einzelne bearbeitbare Themenbereiche und Fragestellungen zu benennen, die es zulassen, in einer Gesamtsicht und Synthese die wichtigsten Wirkungen von TARMED zu beurteilen.

Abbildung 2: Wichtige Variablen und Wirkungszusammenhänge



3.3 Fragestellungen für die Wirkungsanalyse

3.3.1 Zentrale Fragestellungen für die Wirkungsanalyse

Einige mögliche Wirkungen von TARMED sind in der Wirkungsanalyse vorrangig zu untersuchen. Im Wirkungsmodell sind die entsprechenden Variablen grau hinterlegt.

- Von zentraler Bedeutung sind die *Leistungsentwicklungen* und die damit verbundenen Kostenfolgen *bei den Arztpraxen*. Wie entwickeln sich die von den Ärzten erbrachten Leistungen nach der Einführung von TARMED während und nach der Kostenneutralitätsphase? Kommt es im Praxisbereich zu einer Umlagerung von technischen zu ärztlichen Leistungen? Oder steigen die Mengen ärztlicher Leistungen bei gleichbleibenden Mengen an technischen Leistungen? Lassen sich ähnliche Umlagerungen für die verrechneten Leistungen von verschiedenen Facharztgruppen beobachten? Mit welchen Kostenfolgen für den KV-Bereich sind diese Umlagerungen verbunden? Die Höherbewertung von ärztlichen Leistungen⁵ und die Korrektur von z.T. überbewerteten technischen Leistungen gehören zu den vorrangigen Zielen der neuen Tarifstruktur. Anhand von quantitativen Daten über die erbrachten Leistungen soll über die Zeit beobachtet werden, ob die Einführung und die Anwendung von TARMED zu Leistungsverschiebungen führt. Ein kantonaler Vergleich kann zudem Anhaltspunkte dafür geben, ob die Höhe der Taxpunktwerte die Leistungsveränderungen mitbeeinflusst.
- Ebenfalls von zentraler Bedeutung sind die Auswirkungen von TARMED auf die *Transparenz der Leistungserbringung* sowie die Kontrollmöglichkeiten. Wie haben sich mit TARMED die technischen Möglichkeiten für die Beobachtung der erbrachten Leistungen verändert? Welche Möglichkeiten werden faktisch von den Leistungserbringern, den Versicherern und dem Bund genutzt? Werden in den Spitälern durch TARMED erwünschte Änderungen in der Leistungserfassung und Leistungsabrechnung gefördert? Wo bestehen Lücken und welche Verbesserungsmöglichkeiten gibt es? Zunächst kann dadurch beurteilt werden, inwiefern das Ziel einer erhöhten Transparenz erreicht wurde. Zusammen mit der Beobachtung der Leistungsentwicklungen ist dieser Teil aber auch relevant für das Verständnis, weshalb das Ziel der Kostenneutralität erreicht oder nicht erreicht wurde. Im Unterschied zu den Leistungen und Kosten ist hier eine qualitativ ausgerichtete Studie (unter Verwendung einzelner Kennzahlen) zweckmässig.
- Aufgrund der geführten Interviews drängt es sich zudem auf, den Fragekomplex um die *Tarifpflege* genau zu analysieren. Welche Möglichkeiten gibt es zur Tarifpflege und wie werden diese genutzt? Inwieweit sind die hierfür zuständige Stelle TARMED Suisse bzw. die darin agierenden Akteure in der Lage, die Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstruktur angemessen wahrzunehmen? Bewähren sich die vorgesehenen Entscheidungsmechanismen? Auch hier steht wie bei der Transparenz und Kontrolle ein qualitatives Vorgehen im Mittelpunkt. Das Verständnis für die Umsetzung der Tarifpflege ist auch wichtig in Hinblick auf die Interpretation der quantitativen Teile der Wirkungsanalyse.
- Von primärer Relevanz erachten wir schliesslich eine qualitative Analyse der *Umsetzung der Vereinbarung zur Kostenneutralität*. Wie gut funktioniert die Kontrolle der Kostenneutralität? Stehen die dafür notwendigen Informationen rechtzeitig und in ausreichender Qualität zur Verfügung? Inwieweit ist das Kostenneutralitätsbüro angesichts der Entscheidungsmechanismen in der Lage und willens, notwendige TPW-Anpassungen vorzunehmen? Eine Prozessevaluation in diesem Themenbereich könnte auf Umsetzungsschwierigkeiten hinweisen und die Interpretation der Kostenwirkungen von TARMED erleichtern.

⁵ TARMED unterscheidet zwischen ärztlichen und technischen Leistungen (AL und TL). In den Interviews zu den Zielen und möglichen Wirkungen von TARMED wurde in der Regel davon gesprochen, dass mit TARMED intellektuelle Leistungen im Vergleich zu den technischen Leistungen höher bewertet werden sollen. Es macht einen Unterschied, ob von ärztlichen oder intellektuellen Leistungen gesprochen wird, weil mit den ersten die im TARMED aufgeführten Leistungen verstanden werden, die vor allem auch für die Einstufung von Allgemeinpraktizierenden wichtig sind. Für die intellektuellen Leistungen ist es sehr schwierig zu bestimmen, welche Leistungen wie intellektuell sind, da auch viele technische Eingriffe nicht nur routinemässig abgewickelt werden. Weil der Begriff der ärztlichen Leistungen genauer ist und auf die beabsichtigte Umverteilungswirkung fokussiert, sprechen wir im folgenden (entgegen dem Modell) nur noch von den ärztlichen Leistungen (AL).

Tabelle 4: Zentrale Fragestellungen für die Wirkungsanalyse von TARMED

- Welche Auswirkungen hat TARMED auf die Leistungs- und Kostenentwicklung von erbrachten technischen und ärztlichen KV-Leistungen im Praxisbereich?

- Wie wirkt sich TARMED auf die Transparenz der Erfassung, Beobachtung und Abrechnung von KV-Leistungen aus?

- Wie gut funktioniert die Tarifpflege von TARMED? Welche Faktoren erleichtern bzw. erschweren eine angemessene Pflege des neuen Arzttarifs?

- Wie gut funktioniert die Kontrolle der Kostenneutralität? Welche Faktoren erleichtern bzw. erschweren die Kontrolle der Kostenneutralität?

3.3.2 Weitere Fragestellungen für die Wirkungsanalyse

Zusätzlich zu diesen zentralen Themenbereichen gibt es eine ganze Reihe von wichtigen Fragen im Hinblick auf eine Gesamtbeurteilung der Wirkungen von TARMED. Es ist deshalb wünschenswert, diese ebenfalls zu untersuchen; im Vergleich zu den erstgenannten Themenbereichen sind sie aber von sekundärer Bedeutung.

- Wie entwickeln sich im *Spitalbereich* die Mengen an erbrachten ärztlichen und technischen *Leistungen*? Wie entwickeln sich nach TARMED die Leistungsmengen im Vergleich zwischen dem Praxisbereich, dem ambulanten und dem stationären Spitalbereich? Kommt es zu Mengenverschiebungen vom ambulanten in den stationären Bereich? Verschieben sich gewisse Behandlungen vom privaten in den öffentlichen Spitalbereich? Im Unterschied zum Praxisbereich erwarten die Interviewten im Spitalbereich geringere Auswirkungen von TARMED auf die Leistungserbringung. Trotzdem sollten die Leistungsmengen über die Zeit mit quantitativen Daten beobachtet werden.
- Wie verändern sich die *Investitionen* von Ärzten und Spitalern in *technische Geräte* über die Zeit? Können der allfällige Abbau und die stärkere Konzentration von Geräten auf TARMED zurückgeführt werden? Welche indirekten Kostenersparnisse ergeben sich dadurch aufgrund von TARMED? Diese Fragen können in erster Linie über quantitative Daten aus Spitälern und Arztpraxen beantwortet werden.
- Welche Auswirkungen hat TARMED auf die *Einkommenssituation der Facharztgruppen*? Widerspiegeln sich die geänderten Bewertungen von ärztlichen und technischen Leistungen auch in den Einkommen? Konvergieren die Einkommen über die Zeit stärker? Diese Fragestellung ist in erster Linie für die Facharztgruppen von Interesse, nicht aber für die kurzfristige politische Steuerung durch den Bund. Quantitative Aussagen zu den Einkommensveränderungen liessen vermutlich auch Prognosen zu für die langfristigen Veränderungen in der Struktur der Ärzteschaft.
- Welcher *Administrationsaufwand* ist durch die Einführung und die Anwendung von TARMED bei den Ärzten, den Spitälern und den Krankenversicherern entstanden? Können durch TARMED in der Rechnungsstellung auch Einsparungen gemacht werden? Quantitative Daten oder allenfalls Schätzungen durch Experten können zeigen, ob der Aufwand bei der Einführung durch spätere Rationalisierungen kompensiert wird.
- Wie verändert sich durch TARMED die *Situation der Belegärzte*? Verringern sich die Anreize, als Belegarzt tätig zu sein, und sind die Spitäler dadurch allenfalls gezwungen, auf festes Personal umzustellen? Es ist zu beachten, dass diese Fragestellung schon kurzfristig an Relevanz verlieren kann, falls der Tarif für Belegärzte neue Verrechnungsmöglichkeiten schafft.
- Welche Auswirkungen hat TARMED auf das *Abrechnungsverhalten* im Praxis- und Spitalbereich? Wie gross ist und wie entwickelt sich die Differenz zwischen erbrachten und abgerechneten Leistungen? Welche Software-Lösungen werden im Praxis- und Spitalbereich eingesetzt? Welche Auswirkungen haben diese auf die Anzahl in Rechnung gestellter Leistungen?

Tabelle 5: Fragestellungen für die Wirkungsanalyse von TARMED mit sekundärer Bedeutung

<ul style="list-style-type: none">• Welche Auswirkungen hat TARMED auf die Leistungs- und Kostenentwicklung von erbrachten ambulanten technischen und ärztlichen KV-Leistungen im Spitalbereich? Wie entwickeln sich die ambulanten KV-Leistungen der drei Leistungserbringergruppen im Vergleich? Kommt es zu Leistungsverschiebungen zwischen den drei Leistungserbringergruppen und in welche Richtung?
<ul style="list-style-type: none">• Welche Auswirkungen hat TARMED auf die Entwicklung der Einkommen der Facharztgruppen?
<ul style="list-style-type: none">• Welche Auswirkungen hat TARMED auf die Investitionen von Ärzten und Spitalern in technische Geräte über die Zeit?
<ul style="list-style-type: none">• Welche Auswirkungen hat TARMED auf den Administrationsaufwand in den freien Arztpraxen, in den öffentlichen und privaten Spitalern sowie bei den Krankenversicherern?
<ul style="list-style-type: none">• Wie verändert sich durch TARMED die Situation der Belegärzte?
<ul style="list-style-type: none">• Welche Auswirkungen hat TARMED auf das Abrechnungsverhalten in den freien Arztpraxen und Spitalern? Inwieweit stimmen abgerechnete und erbrachte Leistungen überein?

3.3.3 Vernachlässigbare Fragestellungen

In einigen Bereichen werden für TARMED Wirkungen für möglich gehalten, die sich eher langfristig einstellen könnten und die vermutlich auch nur marginal durch TARMED beeinflusst werden. Andere Einflussfaktoren werden jeweils für weitaus wichtiger gehalten. In diesen Bereichen sind im Rahmen der Wirkungsanalyse von TARMED nur wenige Erkenntnisse zu erwarten. Wir schlagen deshalb vor, diese Themenbereiche nicht im Rahmen der Wirkungsanalyse TARMED zu untersuchen, sondern allenfalls in speziell auf diese Themen ausgerichteten Studien.

- Wie verändern sich die *Erträge der Spitäler* über die Zeit? Hat sich an dieser Situation mit der Einführung von TARMED etwas geändert? Die Interviewten erwarten von TARMED nur marginale Auswirkungen auf die Ertragsentwicklung in den Spitalern.
- Wie verändert sich der *Zugang zu medizinischen Angeboten* nach Regionen über die Zeit? Wird das Leistungsangebot der Spitäler konzentriert? Werden einzelne periphere Regionen mit bestimmten Facharztgruppen unterversorgt? Grundsätzlich ist zu erwarten, dass andere Einflussfaktoren als TARMED weitaus wichtiger sind für den Zugang zu medizinischen Angeboten.
- Verändert sich langfristig durch TARMED die *Struktur der Ärzteschaft*? Wird der Arztberuf beispielsweise durch die Höherbewertung von ärztlichen Leistungen attraktiver für Frauen und Teilzeitarbeitende? Auch in diesem Bereich werden andere Faktoren, z.B. die Ausbildungssituation oder allenfalls die Auflösung des Kontrahierungszwangs einen grösseren Einfluss haben als TARMED.
- Welchen Einfluss hat TARMED auf die *Tarifierung im stationären Bereich*? Zwar kann erwartet werden, dass TARMED diesbezügliche Projekte unterstützt, allerdings wird erst wieder der neue (und zum grössten Teil durch andere Faktoren bedingte) stationäre Tarif Wirkungen auf die Leistungserbringer und die Kosten entfalten. Die Durchführung einer solchen Analyse im Rahmen der Wirkungsanalyse TARMED halten wir aber nicht für angemessen.

Es ist zu betonen, dass es sich bei der Entwicklung der Erträge der Spitäler, des Zugangs zum medizinischen Angebot und der Struktur der Ärzteschaft um wichtige Fragen handelt. Im Rahmen einer Wirkungsanalyse von TARMED können diese Themen aber kaum angemessen behandelt werden. Eine Einschätzung der kurz- bis mittelfristigen Wirkungen von TARMED ist auch unter Vernachlässigung dieser Fragen möglich.

4 Erste Bestandesaufnahme der Wirkungen von TARMED

4.1 Zweck der Bestandesaufnahme

Die erste Bestandesaufnahme der Wirkungen von TARMED verfolgt folgende Ziele:

- Erstens geht es darum, die Auswirkungen von TARMED zu skizzieren, wie sie sich rund neun Monate nach Inkraftsetzung des Tarifs abzeichnen. Es handelt sich dabei um ungefähre und lückenhafte Einschätzungen, weil die Datenlage beschränkt ist und vor allem weil der Zeitpunkt der Einführung des Tarifs noch zu wenig weit zurückliegt. Aus diesem Grund wird hier auch nur von einer «ersten Bestandesaufnahme» gesprochen und nicht bereits von einer Zwischenevaluation.
- Diese erste Bestandesaufnahme der bisherigen Wirkungen ist zweitens notwendig, um ein Postulat der GPK mit der Frage nach den Auswirkungen der Einführung von TARMED nach bestem Wissen zu beantworten (Postulat 02.3177).
- Drittens dient die Bestandesaufnahme dazu, Erfahrungen mit der Daten- und Informationslage zu sammeln, um das Evaluationskonzept zu optimieren. In diesem Sinne ist die erste Bestandesaufnahme ein integraler Bestandteil der Vorbereitungsstudie.

Diese erste Bestandesaufnahme erfolgt mitten in der Kostenneutralitätsphase. Vorauszuschicken ist ferner, dass sich die Bestandesaufnahme aufgrund der mangelnden Bereitschaft der Vertreter im Kostenneutralitätsbüro, Daten zur Verfügung zu stellen, in einigen Bereichen leider nicht auf die bestmögliche Daten- und Informationsbasis abstützen kann (vgl. Kapitel 2.4).

4.2 Leistungsentwicklung in den Arztpraxen nach Einführung TARMED

Welchen Einfluss hat TARMED auf die Entwicklung der Leistungen in den Arztpraxen und welche Kostenfolgen sind damit verbunden? Es besteht die Vermutung, dass sich die Auswirkungen während der Kostenneutralitätsphase im Rahmen halten, später aber eher eine Ausweitung der Leistungsmengen beobachtet werden könne. Der Zeitpunkt dieser Bestandesaufnahme fällt in die Kostenneutralitätsphase bzw. in eine Zeit, in der sich die Kontrolle der Kostenneutralität erst einzuspielen beginnt. Es ist deshalb zu vermuten, dass die Leistungsmengen aufgrund der Kostenneutralität nur in geringem Masse ansteigen.

4.2.1 Empirie

Es gibt verschiedene Indikatoren, um die Leistungsentwicklung in den Arztpraxen nachzuvollziehen. Als erster – indirekter – Indikator können zunächst die bisherigen Anpassungen der Taxpunktwerte durch das Kostenneutralitätsbüro herangezogen werden. Diese Anpassungen, die bei der Mehrzahl der Kantone zu Senkungen des Taxpunktwertes geführt haben, sind ein Indikator dafür, dass die Leistungsmengen und Kosten seit Einführung von TARMED tendenziell zugenommen haben (vgl. Tabelle 8, Kapitel 4.5). Die Entwicklung gestaltete sich in den Kantonen aber uneinheitlich.

Tabelle 6: Durchschnittliche monatliche Brutto-Kosten für ärztliche Leistungen in CHF pro Versicherten (ohne Kategorie Medikamente)

	2002			2003			2004		
	Jan-März	April-Juni	Juli-Sep	Jan-März	April-Juni	Juli-Sep	Jan-März	April-Juni	Juli-Sep
Aargau	38.52	34.51	35.15	38.22	35.27	35.72	41.66	36.99	39.79
Appenzell IR	37.36	33.54	34.31	36.84	34.59	37.04	43.74	29.60	33.86
Appenzell AR	36.93	32.76	32.06	38.67	32.21	34.32	40.17	36.43	39.51
Basel-Land	51.96	48.30	47.11	53.45	48.48	49.16	56.36	50.81	53.96
Basel-Stadt	82.76	76.29	77.85	83.68	76.28	79.87	82.55	79.62	84.21
Bern	47.87	44.78	44.38	49.08	45.40	44.72	49.95	48.42	51.93
Freiburg	45.65	41.72	40.36	42.67	41.55	38.25	43.81	39.80	44.95
Genf	95.06	82.39	77.19	85.06	81.29	72.34	84.10	82.80	82.31
Glarus	38.75	38.52	36.02	37.71	36.98	39.47	43.64	40.92	40.19
Graubünden	42.39	37.34	37.31	41.45	36.60	38.97	46.52	44.43	46.87
Jura	40.21	33.64	31.05	35.95	32.08	30.91	37.07	30.04	33.44
Luzern	38.02	33.72	34.38	39.24	35.50	36.06	43.95	40.45	43.31
Neuenburg	49.57	42.65	42.25	47.09	42.46	39.64	50.50	45.06	46.32
Nidwalden	28.74	27.30	25.86	28.90	26.32	27.19	30.41	29.44	30.94
Obwalden	26.19	27.78	25.91	27.65	25.79	24.67	29.64	27.43	29.67
St. Gallen	48.33	42.82	41.11	46.74	44.63	43.61	48.26	47.47	49.28
Schaffhausen	46.21	40.12	41.08	46.58	40.53	42.50	50.31	42.33	46.61
Schwyz	37.45	34.43	34.35	37.84	37.89	36.12	41.26	37.63	41.65
Solothurn	41.40	38.74	37.70	42.20	38.59	38.32	42.96	40.69	42.35
Tessin	57.97	53.43	53.63	57.14	52.29	51.05	57.95	49.47	52.71
Thurgau	34.24	31.71	31.04	34.48	32.26	31.76	35.42	33.67	33.99
Uri	33.92	29.01	30.86	32.69	27.71	27.71	38.87	29.08	32.38
Waadt	64.13	53.41	55.95	58.05	50.39	50.39	58.38	49.19	53.99
Wallis	41.97	39.15	36.25	38.16	38.09	35.32	43.95	38.88	41.32
Zug	46.09	42.38	42.10	46.25	41.14	43.04	50.59	44.20	48.54
Zürich	60.77	55.57	55.80	61.34	55.20	54.84	64.43	59.28	63.65
Schweiz*	52.01	46.77	46.40	51.23	47.01	46.28	53.36	49.12	52.23

Quelle: Monatsdaten des santésuisse Datenpool; Schweiz*: inklusive Ausland und übrige

Als weiterer möglicher Indikator lassen sich die monatlichen Brutto-Kosten für ärztliche Leistungen in Franken verwenden, wie sie im santésuisse Datenpool enthalten sind und auch grundsätzlich von den Tarifpartnern zur Steuerung der Kostenneutralität eingesetzt werden. Dieser Indikator berücksichtigt alle verrechneten Leistungen der frei praktizierenden Ärzte, die von den Versicherern bezahlt worden sind (inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten), aber ohne Medikamente. In der Tabelle 6 sind die monatlichen Durchschnittswerte der von den Krankenversicherern erfassten Leistungen pro Versicherten angegeben. Die Gesamtkosten pro Kanton wurden dazu durch die Anzahl in diesem Jahr im santésuisse Datenpool enthaltenen Versicherten pro Kanton geteilt. Ausgegeben sind die durchschnittlichen Werte je für die ersten drei Quartale von 2002, 2003 und 2004. Die Werte können stark schwanken, weshalb wir die Werte für drei Monate gemittelt haben.

Die Datenpool-Daten sind aus verschiedenen Gründen mit Vorsicht zu interpretieren. Die aktuellen Monatsdaten können noch verzerrt sein, weil sie nicht auf den definitiven Jahresabrechnungen beruhen und deshalb nicht abschliessend bereinigt sind.

Gesamtschweizerisch haben die dem Datenpool angeschlossenen Krankenversicherer pro versicherte Person in den Monaten Januar bis März 2002 durchschnittlich 52 CHF für ärztliche Leistungen vergütet (inklusive Beträge, die unter die Franchise fallen und trotzdem den Versicherern gemeldet wurden). Im Januar bis März 2003 betrug dieser Wert rund 51 CHF, im Januar bis März 2004 gerundet 53 CHF. In den Monaten April bis Juni beliefen sich die Kosten auf durchschnittlich 46 CHF (2002 und 2003), bzw. auf 52 CHF (2004). Überraschend stark gestiegen sind die Werte für die Monate Juli bis September, von durchschnittlich 46 CHF (2002 und 2003) auf 52 CHF in 2004. Auffallend sind auch die grossen Unterschiede zwischen einzelnen Kantonen. Die Spannbreite reicht aktuell von monatlich unter 30 CHF im Kanton Obwalden bis zu über 84 CHF im Kanton Basel-Stadt. Diese Werte widerspiegeln bekannte Faktoren wie die unterschiedliche Dichte an spezialisierten Fachärzten, eine unterschiedliche Versichertenstruktur sowie auch die Inanspruchnahme von Leistungen durch ausserkantonale Patienten.

Von Interesse sind nun in erster Linie die Veränderungen über die Zeit. Dazu sind in der Tabelle 7 die Abweichungen in Prozent zwischen den jeweiligen Zeitperioden angegeben. Gesamtschweizerisch sind die verrechneten Kosten für die ärztlichen Leistungen (ohne Medikamente) pro Versicherten zwischen 2002 und 2003 mehr oder weniger konstant geblieben. Zwischen 2003 und 2004 sind die Kosten aber gestiegen, und zwar in den Monaten Januar bis Juni durchschnittlich um über 4% und im Juli bis September um über 12%. Die vorhandenen Daten weisen für fast alle Kantone deutliche Kostensteigerungen aus. Kumuliert ist für die Schweiz in den ersten neun Monaten nach Einführung von TARMED ein Anstieg von rund 7% festzustellen.

Es bestätigt sich damit der Eindruck der sich aufgrund der Anpassungen der Taxpunktwerte ergeben hat. Da die Veränderungen der Taxpunktwerte im Rahmen der Kostenneutralität als Folge der Kostenentwicklung zu verstehen sind, darf festgehalten werden, dass die Modifikationen der Taxpunktwerte plausibel und tendenziell in die richtige Richtung erfolgt sind. Da die ersten Anpassungen von Taxpunktwerten auf den 1. September 2004 erfolgten, wird klar, dass sich diese noch nicht in den Datenpool-Daten niedergeschlagen haben können. Für die zukünftige Kostenentwicklung wird nun speziell abzuwarten sein, ob die Taxpunktwertanpassungen die beabsichtigten Auswirkungen entfalten werden.

Tabelle 7: Prozentuale Veränderung der monatlichen Brutto-Kosten für ärztliche Leistungen (ohne Kategorie Medikamente)

	2002 → 2003				2003 → 2004			
	Jan-März	April-Juni	Juli-Sep	kumuliert Jan-Sep	Jan-März	April-Juni	Juli-Sep	kumuliert Jan-Sep
Aargau	0.76	2.40	1.77	1.62	7.33	3.32	9.81	6.85
Appenzell IR	-1.39	3.13	7.94	3.09	18.71	-14.43	-8.59	-1.18
Appenzell AR	4.71	-1.70	7.06	3.39	3.87	13.12	15.13	10.38
Basel-Land	2.87	0.37	4.35	2.52	5.46	4.80	9.75	6.64
Basel-Stadt	1.12	-0.02	2.59	1.24	-1.36	4.38	5.43	2.73
Bern	2.53	1.38	0.77	1.58	1.78	6.64	16.12	7.97
Freiburg	-6.52	-0.40	-5.24	-4.12	2.66	-4.23	17.52	4.96
Genf	-10.51	-1.33	-6.28	-6.26	-1.13	1.86	13.78	4.41
Glarus	-2.69	-4.01	9.57	0.76	15.74	10.66	1.82	9.28
Graubünden	-2.23	-2.00	4.44	-0.03	12.23	21.41	20.27	17.78
Jura	-10.60	-4.65	-0.46	-5.69	3.12	-6.34	8.20	1.64
Luzern	3.22	5.28	4.88	4.41	12.00	13.94	20.11	15.26
Neuenburg	-5.00	-0.45	-6.17	-3.92	7.25	6.11	16.85	9.82
Nidwalden	0.55	-3.59	5.14	0.62	5.22	11.87	13.80	10.18
Obwalden	5.58	-7.19	-4.79	-2.22	7.22	6.39	20.25	11.06
St. Gallen	-3.29	4.22	6.10	2.06	3.25	6.36	12.99	7.43
Schaffhausen	0.80	1.02	3.45	1.72	7.99	4.44	9.67	7.43
Schwyz	1.05	10.03	5.15	5.29	9.05	-0.69	15.32	7.78
Solothurn	1.92	-0.40	1.64	1.07	1.82	5.44	10.51	5.79
Tessin	-1.44	-2.15	-4.80	-2.76	1.41	-5.39	3.24	-0.22
Thurgau	0.68	1.71	2.34	1.55	2.75	4.37	7.02	4.66
Uri	-3.63	-4.48	-10.21	-6.06	18.89	4.92	16.85	13.86
Waadt	-9.48	-5.65	-9.94	-8.45	0.56	-2.39	7.13	1.71
Wallis	-9.09	-2.71	-2.57	-4.95	15.16	2.08	17.00	11.28
Zug	0.35	-2.92	2.25	-0.10	9.39	7.44	12.77	9.89
Zürich	0.93	-0.65	-1.72	-0.44	5.05	7.38	16.05	9.32
Schweiz*	-1.49	0.51	-0.26	-0.45	4.16	4.50	12.87	7.06

Quelle: Monatsdaten des santésuisse Datenpool; Schweiz*: inklusive Ausland und übrige

In Hinblick auf die Leistungsentwicklung, die hier im Vordergrund steht, lassen die Indikatoren den Schluss zu, dass pro Versicherten seit der Einführung von TARMED von den Ärzten durchschnittlich signifikant mehr Leistungen verrechnet wurden als in den beiden Vorjahren. Nicht feststellen lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt hingegen die Ursachen dieser Entwicklung, ob sich vorwiegend ärztliche oder technische Leistungen ausgeweitet haben oder ob die Mengenausweitung gar nur ein Artefakt ist, indem TARMED eine vollständigere und schnellere Verrechnung der Leistungen ermöglicht.

4.2.2 Interpretation

Insgesamt lassen die verwendeten Daten aus mehreren Gründen noch keine befriedigende Analyse der Auswirkungen von TARMED auf die Entwicklung der Leistungen zu. Das genaue Ausmass der Kosten- und Mengensteigerungen lässt sich derzeit noch nicht feststellen, dafür fehlen definitive und detailliertere Daten. Zudem können in der vorliegenden Auswertungsperiode die Effekte aus den erfolgten Änderungen der Taxpunktswerte noch nicht berücksichtigt werden.

Die gewählten Daten – sowohl die Taxpunktswertanpassungen des Kostenneutralitätsbüros als auch die im santésuisse Datenpool ausgewiesenen Brutto-Kosten – weisen aber klar in Richtung einer signifikanten Steigerung der Mengen der erbrachten ärztlichen Leistungen. Von Januar bis September 2004 sind auch die Kosten entsprechend gestiegen. Besonders stark bemerkbar machen sich die Kostenwirkungen im dritten Quartal 2004. Allerdings ist davon auszugehen, dass die ab September 2004 geltenden Taxpunktswertanpassungen die Kostenfolgen nach unten korrigieren. Zwischen den Kantonen lassen sich z.T. überraschend hohe Unterschiede in den Mengen- und Kostenentwicklungen beobachten.

4.2.3 Folgerungen für die Wirkungsanalyse

- Die Mengenentwicklungen von ärztlichen und technischen Leistungen sind bisher noch nicht mit Datenmaterial belegt. Zu diesem Zeitpunkt lassen sich zur Erreichung des zentralen Ziels von TARMED, die ärztlichen Leistungen auf Kosten der technischen Leistungen aufzuwerten, keine gesicherten Aussagen machen. Erste Auswertungen lassen sich vermutlich frühestens im Frühling 2005 mit den Jahresdaten für 2004 durchführen.
- Lohnenswert wäre auch eine (allenfalls explorative) Untersuchung der Gründe für die grossen kantonalen Unterschiede in den Mengenentwicklungen (Rüefli/Vatter 2001). In der Evaluation kann diesen Unterschieden durch eine nach Kantonen differenzierte Analyse nachgegangen werden.
- Aufgrund der sehr geringen Anzahl an Beobachtungszeitpunkten lassen sich noch keine detaillierten statistischen Zeitreihenanalysen durchführen, die neben der Einführung von TARMED auch eine Reihe weiterer Einflüsse kontrollieren könnte. Möglich wäre dies hingegen in rund zwei Jahren z.B. für den Zeitraum von Januar 2002 bis Dezember 2005 mit 48 monatlichen Beobachtungszeitpunkten.
- Schliesslich gilt es zu beachten, dass der Begriff der «Bruttoleistungen» oder «Brutto-Kosten» im Zusammenhang mit der Wirkungsanalyse von TARMED zu wenig präzise ist. Bei den monetären Angaben handelt es sich nicht um die Mengen von erbrachten Leistungen, sondern um die Höhe der Kosten der in Rechnung gestellten Leistungen. Die Höhe der Kosten kann aber aus unterschiedlichen Gründen steigen; nicht nur, weil eine grössere Menge an Leistungen erbracht wurde, sondern auch weil Taxpunkte oder Taxpunktswerte erhöht wurden. Falls keine Daten mit den genauen Leistungsmengen zur Verfügung stehen, wie sie etwa in den Daten der NewIndex AG oder später im santésuisse Tarifpool enthalten sein sollten, müssen die Kosten *faute de mieux* als indirekte Indikatoren für die Leistungsmengen verwendet werden.

4.3 Transparenz der Leistungserbringung

Wie hat sich durch TARMED bislang die Transparenz der Leistungserbringung im KV-Bereich verändert? Unbestritten ist, dass sich die technischen Möglichkeiten für die Beobachtung der erbrachten Leistun-

gen durch den detaillierten Einzelleistungskatalog und die elektronische Datenübertragung verbessern. Eine offene Frage ist hingegen, inwiefern diese Möglichkeiten faktisch von den Leistungserbringern, den Versicherern, dem Bund oder anderen Akteuren genutzt werden. Vermutet wurde im Vorfeld, dass sich speziell die Spitäler schwer tun werden mit der Umstellung in der Leistungserfassung und elektronischen Rechnungsstellung.

4.3.1 Empirie

Es folgt eine Aufstellung, wer die durch TARMED zusätzlich generierten Informationen über die ambulanten Leistungen faktisch bereits nutzt und wer nicht.

- Auf der Seite der Leistungserbringer ist zunächst an die *frei praktizierenden Ärzte* zu denken. Die Ärzte erfassen die Rechnungen bereits mehrheitlich elektronisch. Gegenwärtig liefert rund die Hälfte der Ärzte ihre Daten aus der Rechnungsstellung an ein regionales Trustcenter. Diese Ärzte erhalten durch die Trustcenter eine Rückmeldung über ihre erbrachten Leistungen im Vergleich mit Durchschnittswerten aus vergleichbaren Praxen (sogenannter Praxisspiegel, vgl. Baumann 2004). Damit verfügen diese Ärzte neu über datengestützte Informationen über ihre Leistungserbringung; diesbezüglich hat sich für diese Gruppe die Transparenz der Leistungserbringung verbessert. Eine andere und offene Frage ist, welche Folgerungen aus dieser Information für die eigenen Tätigkeiten gezogen werden. Naheliegend ist, dass die einzelnen Ärzte dadurch beobachten können, ob sie in der Verrechnung von TARMED-Leistungen stark vom Schnitt abweichen und ein Wirtschaftlichkeitsverfahren drohen könnte.
- Neben den einzelnen frei praktizierenden Ärzten nutzen auch die *Verbandsvertreter der Ärzte* die neuen Informationsquellen. Die Daten aus den regionalen Trustcentern werden auf nationaler Ebene von der NewIndex AG konsolidiert. Die national konsolidierten Daten werden an die nationalen Facharztgesellschaften und an die kantonalen Ärztesellschaften weitergeleitet. Unter anderem können die Ärztesellschaften auf dieser Grundlage die Leistungsentwicklungen und -verschiebungen zwischen den Facharztgruppen beobachten. Dadurch wird die Leistungserbringung der Facharztgruppen innerhalb der Ärzteschaft transparenter.
- Im Unterschied zu den Ärzten sind uns auf der Seite der *Spitäler* noch keine entsprechenden Nutzungen von neuem Datenmaterial bekannt. Es ist aber naheliegend zu vermuten, dass die Daten z.T. für ein verbessertes internes Controlling verwendet werden (Kundert 2004). Im ersten Halbjahr 2004 waren besonders grössere öffentliche Spitäler noch nicht in der Lage, konsequent über TARMED Leistungen zu erfassen und abzurechnen. Auf der Seite der Spitäler ist uns derzeit kein Projekt bekannt, dass die Daten aus diesen Rechnungen in ähnlicher Weise zentral erfasst und für einen Vergleich zu Handen der Spitäler nutzen will wie das durch die Trustcenter bei den Ärzten gegeben ist. Auch der Dachverband H+ Die Spitäler der Schweiz verfolgt kein entsprechendes Projekt. Zwar ist es möglich, dass mit der Einführung von TARMED in einzelnen Spitälern der Überblick über die erbrachten Leistungen jetzt detaillierter und genauer erfolgt als vorher. Über die Grenzen einzelner Spitäler scheinen die Spitäler und Kantone die Daten bisher aber nicht zu nutzen.
- Auf der Seite der *Krankenversicherer* zeichnen sich verschiedene Nutzungen der neuen Datengrundlagen ab. Für die einzelnen Krankenversicherer liefern die über TARMED erstellten Rechnungen zusätzliche Kontrollmöglichkeiten, um Wirtschaftlichkeitsverfahren gegen Leistungserbringer einzuleiten. Der Dachverband der Krankenversicherer, santésuisse, sammelt mit seinem Datenpool bereits umfangreiche Daten, welche für die Kontrolle der Kostenneutralität eingesetzt werden sowie für weitere Auswertungen (die aber z.T. auch ohne TARMED möglich waren). Allerdings sind darin die Leistungen noch nicht bis auf die Ebene der einzelnen Positionen erfasst – was im Vergleich zur vorherigen Datenerfassung den grössten Gewinn ausmachen wird. Einen grösseren Schritt in der Leistungserfassung verspricht die Schaffung des santésuisse Tarifpools, der auf nächstes Jahr eingeführt werden und rückwirkend Daten für 2004 enthalten soll. Die Steuerungsmöglichkeiten für die Krankenversicherer hängen auch davon ab, welche Diagnoseangaben auf den TARMED-Rechnungen angebracht werden. Vereinbart wurde die Verwendung des sogenannten Tessiner Codes

im Ärztebereich und eines verkürzten ICD-10-Codes im Spitalbereich. Die systematische Erfassung der Diagnoseangaben durch die Krankenversicherer wird von den Leistungserbringern teilweise bekämpft und wurde auch vom Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten als unverhältnismässig betrachtet (EDSB 2004).

- Das *Bundesamt für Gesundheit* hat die Daten aus dem *santésuisse*-Datenpool abonniert und könnte so auch ein Nutzniesser der neu geschaffenen Informationsquelle sein. Zum Zeitpunkt gegen Ende 2004 ist allerdings anzumerken, dass diese zusätzlichen Daten im BAG – ausser im Rahmen dieser Vorbereitungsstudie – noch nicht verwendet wurden. Die Daten werden in einer eher mittel- und langfristigen Perspektive erworben und erst bereinigt und für Analysen genutzt, wenn von Seiten der *santésuisse* die definitiven Jahresdaten geliefert werden. Der zusätzliche Nutzen durch TARMED ist nicht sehr hoch, weil nur einzelne Kategorien verbessert oder ganz neu sind. Neu durch TARMED wäre z.B. die Unterscheidung nach AL und TL, die aber anscheinend auch auf der Ebene der Krankenversicherer noch nicht verlässlich erfasst wird.
- Die *Mitglieder des Kostenneutralitätsbüros*, neben den Tarifpartnern als Beobachter auch das BAG, die GDK und die Preisüberwachung, verfügen über einen privilegierten Zugang zu den Daten, die mit TARMED erhoben wurden. Das Kostenneutralitätsbüro verfolgt vor allem die Entwicklung der sogenannten Bruttoleistungen, d.h. der von den Krankenversicherern abgerechneten Kosten, monatlich und kantonal für verschiedene Vertragsparteien (und z.T. Facharztgruppen). Nicht genau bekannt ist uns, wie detailliert die Daten sind, welche von der NewIndex AG über die Ärztesellschaften eingebracht werden. Insgesamt behandeln die Mitglieder des Kostenneutralitätsbüros die Datengrundlagen als vertraulich und waren nicht bereit, uns Daten im Rahmen dieser Vorbereitungsstudie ganz oder auszugsweise zur Verfügung zu stellen.
- Für die *Öffentlichkeit* hat sich die Transparenz der Leistungserbringung kaum verbessert. Der Zugang zu den entsprechenden Daten hängt von der Zustimmung der Datenlieferanten ab, d.h. der Ärztesellschaften und der Krankenversicherer. Die Datengrundlagen des Kostenneutralitätsbüros sind nicht öffentlich, und nur die beschlossenen Taxpunktwertanpassungen erlauben Vermutungen über die Mengenentwicklungen bei den Ärzten pro Kanton. *Santésuisse* und *NewIndex AG* haben einige Auswertungen ihrer Daten zugänglich gemacht, die entweder auf dem Internet zum Download⁶ vorliegen oder den Autoren dieser Vorbereitungsstudie zur Verfügung gestellt wurden (Ruedlinger/ NewIndex 2004). In einem anderen Fall konnten Daten öffentlich gemacht werden aufgrund der Analyse eines einzelnen Krankenversicherers.⁷ Von einer nachvollziehbaren Auswertung der Daten durch Dritte ist man in allen Fällen aber weit entfernt.

4.3.2 Interpretation

Insgesamt lässt sich zum Zeitpunkt Herbst 2004 feststellen, dass durch TARMED die Transparenz in der Leistungserbringung in der Form einer faktischen Nutzung der neuen Informationsmöglichkeiten bereits zugenommen hat, allerdings ausschliesslich und in ungleichem Masse auf der Seite der Tarifpartner. Am stärksten verbessert hat sich die Informationsfülle für die Ärzte und Ärzteschaften, ebenfalls Verbesserungen zu verzeichnen gibt es auf der Seite der Krankenversicherer. Für die Spitäler sind uns bisher noch keine neuen Nutzungen über die Grenzen einzelner Spitäler bekannt. Kritische Stimmen in der Presse haben angemerkt, dass diese doppelte Erfassung der Daten nicht unproblematisch ist, weil die dabei entstehenden hohen Kosten über die Patienten abgewälzt werden.⁸

Für den Bund und die Öffentlichkeit sind die zusätzlichen Informationen noch nicht zugänglich und konnten bisher nicht genutzt werden. Einzige erwähnenswerte Ausnahme sind die Taxpunktwertanpassungen in den einzelnen Kantonen, wie sie vom Kostenneutralitätsbüro verlautet werden müssen. Grundsätz-

6 z.B. Zahlen und Fakten, Ausg. 2/2004 (*santésuisse*),

http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.void=17834&SID=6982f1808792e8052122c794aceae72d&navid=865

7 Ein Bericht in der Sendung *Kassensturz* auf SF DRS vom 26.10.2004 zur Radiologie stützte sich auf Daten der Gruppe *Mutuel*.

8 «Wenn zwei sich streiten, muss der Patient bezahlen», *NZZ* am Sonntag, 2. Mai 2004.

lich sind diese Informationslücken zu bedauern. Das Informationsungleichgewicht zwischen den stets besser informierten Vertragsparteien auf der einen Seite und den weiterhin nur partiell und nachträglich aus zweiter Hand informierten Bundesstellen und der Öffentlichkeit nimmt zu. Das ist nicht zuletzt auch deshalb problematisch, weil die Informationsgewinne schlussendlich durch die Patienten und Prämienzahler bezahlt werden, die aber nicht in den Genuss dieser Informationen kommen.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist es nachvollziehbar, dass der Zugang und die entsprechenden Strukturen im Bund nicht bestehen, weil TARMED erst eingeführt wurde.

Auf dem Weg zur Schaffung von mehr Transparenz in der Leistungserbringung – eines der zentralen Ziele von TARMED – steht man gegen Ende 2004 immer noch am Anfang.

4.3.3 Empfehlungen

- Die Datenmaterialien der *santésuisse* und NewIndex AG sollten durch die Versicherer und Ärzteschlesengesellschaften in anonymisierter Form und in einem nachvollziehbaren Datenformat dem Bund und in geeigneter Weise auch der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.
- Die Datensituation auf der Seite der Spitäler sollte beobachtet werden. Die Daten müssen ausgewertet werden, sobald sie von der *santésuisse* vorgelegt werden können. Allenfalls sind sie mit den Daten einzelner Spitäler zu validieren.
- Weiter sollten beim Bund die Ressourcen für eine detaillierte Auswertung und Würdigung dieser Daten freigestellt oder geschaffen werden.

4.4 Tarifpflege

Wie verlaufen und bewähren sich die Entscheidungsmechanismen zur Pflege und Weiterentwicklung von TARMED? Der Tarif kann – neben der Anpassung der Taxpunktweite – zumindest über drei Kanäle verändert werden:

- Der *Katalog* der Leistungspositionen und die Höhe der Taxpunkte erfolgt über die von den Tarifpartnern getragene TARMED Suisse. Das Leitungsgremium von TARMED Suisse entscheidet aufgrund der Empfehlungen der Paritätischen Tarifkommission (PTK) über die diesbezüglichen Anträge im Einstimmigkeitsverfahren. Tarifänderungen müssen vom Bundesrat genehmigt werden. Obwohl die Verantwortung für diese Art der Tarifpflege vor allem bei den Tarifpartnern liegt, verfügt der Bund so im Gegensatz zu den anderen Kanälen über eine gewisse Steuerungsmöglichkeit.
- Die *Interpretation* und Anwendungsregeln der einzelnen Positionen können erläutert oder präzisiert werden. Innerhalb von TARMED Suisse ist für diese Aufgabe die Paritätische Interpretationskommission (PIK) zuständig. Die Entscheide der PIK fallen im Einstimmigkeitsverfahren unter den Tarifpartnern und ohne Mitwirkung der Bundesbehörden.
- TARMED sieht vor, dass bestimmte Leistungen nur von Ärzten erbracht werden können, die über eine besondere Weiterbildung verfügen (von der Ärzteschaft als ‚Dignität‘ bezeichnet). Die genauen Bestimmungen über die *Dignitäten* werden von der Paritätischen Kommission Dignität (PaKoDig) im Einstimmigkeitsverfahren erlassen. Auch in diesem Falle ist keine Mitwirkung durch die Bundesbehörden vorgesehen.

4.4.1 Empirie

Im Unterschied zu den früheren Tarifen ist mit TARMED eine kontinuierliche Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstruktur vorgesehen. Dies stellt einen entscheidenden Vorteil dar, weil sich die Leistungen über die Zeit verändern oder weil sich Unstimmigkeiten im Tarif herausstellen könnten, die geklärt werden müssen. Grundsätzlich bieten sich die Kanäle der Tarifpflege aber auch dazu an Verbandsinteressen zu verfolgen. Es stellt sich zunächst die Frage, inwiefern die drei genannten Kanäle bereits genutzt wurden.

- Mit der auf 1. Juli 2004 in Kraft gesetzten TARMED Version 1.1r wurde der Tarif bereits geändert. Zehn Änderungen traten rückwirkend auf den 1. Januar 2004 in Kraft, 26 auf den 1. Juli 2004.⁹ Damit sind Tarifänderungen von TARMED explizit im bestehenden Vertragswerk umgesetzt; bei den Fällen handelt es sich um Änderungen in den Bezeichnungen, im Anwendungsbereich und in den Verknüpfungsregeln. Taxpunkte wurden u.W. keine verändert, neue Leistungen wurden nur in einem Fall geschaffen (für die Allergologie). Bereits ergänzt wurde der Tarif zudem durch sogenannte Notmassnahmen für die Radiologie, gültig für Behandlungen ab 1. Februar 2004. Mit diesen Notmassnahmen wurden vorübergehend zusätzliche Positionen geschaffen, die im Vertragswerk aber über eine bestehende Position verrechnet werden (999 Geldtarif).¹⁰ Diese Bestimmungen scheinen mit einer Revision des Tarifs auf Anfang nächsten Jahres übernommen zu werden (Buser 2004). Im Vergleich zu den bisherigen Anträgen hält sich die Menge der Änderungen in Grenzen: Insgesamt scheinen bereits über tausend Änderungsvorschläge bei TARMED Suisse eingegangen zu sein. Die Tarifpflege verzögert sich aber durch technische, personelle und strukturelle Probleme. So scheint es noch keine Softwarelösung zu geben, mit welcher der Tarif auf einfache Weise gepflegt werden kann. Dazu müsse der Tarif zunächst auf eine neue Plattform überführt werden. Die Geschäftsstelle von TARMED Suisse verfügt zudem nach Angaben des ehemaligen Leiters nicht über alle relevanten Unterlagen zur Pflege des Tarifs, namentlich nicht über eine sogenannte «Master-Dokumentation» der SUVA, welche die Berechnungsgrundlagen hinter den einzelnen Taxpunkten enthält. Weiter ist die Führung der Geschäftsstelle von TARMED Suisse seit dem Weggang des Leiters im Mai 2004 vakant. Grundsätzlich verzögert die organisatorische Struktur der TARMED Suisse – die Entscheide werden vom nebenamtlich tagenden Leitungsgremium im Einstimmigkeitsverfahren gefällt – eine umgehende Bearbeitung der Anträge.
- Die Paritätische Interpretationskommission hat bereits in über dreissig Beschlüssen die Anwendungsregeln für Tarifpositionen uminterpretiert. Beispiele für solche Änderungen sind die Neuinterpretationen für Positionen in der Radiologie (Februar 2004), der Nuklearmedizin (März 2004) oder Änderungen zu den Bestimmungen über die Notfallaufnahme und das Aktenstudium (Oktober 2004). Während die ersten Beispiele den Facharztgruppen mehr Verrechnungsmöglichkeiten einräumen, werden in den letzten beiden Beispielen die Verrechnungsmöglichkeiten eingeschränkt.¹¹
- An den Bestimmungen zu den Dignitäten wurden u.W. bisher keine Änderungen vorgenommen. Dies ist nicht erstaunlich, weil die Überprüfung der Dignitäten aufgrund einer fehlenden Datenbank noch nicht automatisch erfolgen kann.¹² Die Revision der Dignitäten scheint als Thema aus naheliegenden Gründen in erster Linie die Ärzteschaft zu interessieren.¹³

9 TARMED-Browser 1.1r. Realisiert durch die Zentralstelle für Medizinaltarife (UVG). Gültig ab 1. Juli 2004. Erstellt am 24. Mai 2004. (TARMED Suisse)

10 Vereinbarung zwischen santésuisse und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) betreffend Notmassnahmen für selbständige, in freier Praxis arbeitende Radiologen / Radiologieinstitute. Bern / Solothurn, 22. April 2004.

11 PIK-Entscheide. Version 1.07 vom 2. November 2004. (TARMED Suisse)

12 «Mangelhafte Rechnungsstellung beeinflusst die Kostenneutralität», infosantésuisse 5/04, S. 21.

13 Projekt der FMH zur Überarbeitung der Dignitäten, vgl.

http://www.fmh.ch/www/de/pub/dienstleistungen/tarife/tarmed/dignit_ts_bearbeitung.htm (Nov. 2004)

4.4.2 Interpretation

Insgesamt wurde der Tarif bisher über die Interpretation der Anwendungsregeln, Inhalte der Tarifstruktur und durch ergänzende Notmassnahmen geändert. Die Paritätische Interpretationskommission stand den Tarifpartnern bereits offen, um beispielsweise die von der entsprechenden Facharztgesellschaft stark opponierten Tarifpositionen in der Radiologie anzupassen oder um vermuteten Missbräuchen bei der Verrechnung von Notfallpositionen und Arbeiten in Abwesenheit der Patienten entgegenzuwirken. Änderungen in diesem Zusammenhang gab es auch über die Tarifpflege und die Notmassnahmen. Grundsätzlich gibt es verschiedene Kanäle für Veränderungen, die auch bereits genutzt wurden. Allerdings scheint die Tarifpflege über die Anpassung der Taxpunkte einzelner Positionen oder die Neuschaffung von Tarifpositionen noch (mit einer Ausnahme) nicht zu funktionieren. Es scheint in diesem Zusammenhang auch technische Probleme zu geben. Im Vergleich dazu ist der Kanal über die PIK flexibler: Einerseits stellen sich mit der reinen sprachlichen Neudefinition von Anwendungsregeln keine komplizierten technischen Anforderungen an die Pflege des TARMED Browsers. Andererseits sind die Entscheidungswege informeller und kürzer; es gilt zwar ebenfalls das Einstimmigkeitsverfahren, das Leitungsgremium ist aber weniger stark einbezogen und die Änderungsvorschläge müssen nicht vom Bundesrat genehmigt werden.

Grundsätzlich wurden die Möglichkeiten für die Tarifpflege über die Definition neuer Tarifpositionen und Veränderungen der Taxpunkte bisher aus technischen und organisatorischen Gründen erst in bescheidenem Masse genutzt. Dieser Umstand wurde abgefedert durch Notmassnahmen und die Möglichkeit der Eingriffe über die Veränderung der interpretatorischen Regeln. Bei letzterem hat der Bund aber kaum Eingriffsmöglichkeiten, da die Tarifierstellung grundsätzlich in der Kompetenz der Tarifpartner liegt.

4.4.3 Empfehlungen

- Den Tarifpartnern ist zu empfehlen, dass sie für die Umsetzung der Tarifpflege eine professionelle Struktur schaffen. Falls TARMED Suisse diese Aufgabe wahrnehmen soll, sind entsprechende personelle Ressourcen und Informationsgrundlagen bereitzustellen. Derzeit basiert die Tarifpflege auf den paritätischen Kommissionen, also auf eigentlichen Milizorganisationen.
- Sollten in der Zukunft entscheidende Veränderungen des Tarifs mehrheitlich unter Ausschluss des Bundesrates (z.B. über die PIK) erfolgen, sollte der Bund seine Steuerungsansätze überdenken.

4.5 Kostenneutralität

Wie verlaufen und bewähren sich die Entscheidungsmechanismen für die Kontrolle der Kostenneutralität? Dem Kostenneutralitätsbüro kommt die Aufgabe zu, die Kostenentwicklung zu beobachten und die Taxpunktswerte aufgrund der vertraglich festgelegten Kriterien anzupassen (vgl. Kapitel 5.1.5). Das zentrale Ziel ist, dass die Einführungsphase nicht mit einer signifikanten Kostenzunahme einhergeht.

4.5.1 Empirie

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Start-Taxpunktswerte und die vorgenommenen Taxpunktswertanpassungen im Jahr 2004 für die Leistungserbringergruppe der Ärzte.

Tabelle 8: Kantonale Start-Taxpunktwerte und Taxpunktwerte nach Anpassungen für Ärzte

Kanton	Start-TPW 1.1.2004	TPW ab 1.9.2004	TPW ab 1.11.2004	TPW ab 1.12.2004	Differenz zum STPW in Fr.	Differenz zum STPW in %
AG	0.89	0.89	0.89	0.89	0.00	0.0
BE	0.89	0.86	0.86	0.84	-0.05	-5.6
BL	0.97	0.97	0.94	0.92	-0.05	-5.2
BS	0.93	0.93	0.93	0.91	-0.02	-2.2
FR	0.91	0.91	0.91	0.91	0.00	0.0
GE	0.98	0.98	0.98	0.98	0.00	0.0
GR	0.84	0.78	0.78	0.78	-0.06	-7.1
JU	0.95	0.95	0.97	0.97	0.02	2.1
NE	0.94	0.89	0.89	0.89	-0.05	-5.3
SO	0.87	0.84	0.84	0.84	-0.03	-3.4
TI	0.91	0.97	0.97	0.97	0.06	6.6
VD	0.92	0.96	0.98	0.98	0.06	6.5
VS	0.78	0.78	0.78	0.78	0.00	0.0
ZH	0.97	0.95	0.92	0.92	-0.05	-5.2
Ostschweiz	0.85	0.82	0.82	0.82	-0.03	-3.5
Zentralschweiz	0.86	0.83	0.80	0.80	-0.06	-7.0
Mittelwert (ungewichtet)	0.904	0.894	0.891	0.888		

Das Kostenneutralitätsbüro hat von April bis November 2004 in sechs Sitzungen getagt. Die Inhalte und Beschlüsse aus diesen Sitzungen lassen sich aufgrund der Pressecommuniqués des KN-Büros und Berichten der Tarifpartner wie folgt zusammenfassen:

- Die *erste Sitzung* des TARMED Kostenneutralitätsbüros vom 17. Juni 2004 stützte sich auf die Daten über die Leistungsentwicklung für den Zeitraum bis April 2004. In dieser Sitzung wurden keine Taxpunktwertanpassungen vorgenommen. Die Begründungen, weshalb bei den frei praktizierenden Ärzten keine Anpassungen vorgenommen wurden, sind aber unterschiedlich. Die Delegation der Ärzteschaft führt dies darauf zurück, dass sich die KVG-Kosten «gesamtschweizerisch erstaunlich präzise im vorgegebenen KN-Korridor (bewegen)» und dass der Tarif insgesamt in der Ärzteschaft diszipliniert angewendet wurde (Stoffel/Favrod-Coune 2004). Im Pressecommuniqué des Kostenneutralitätsbüros heisst es indessen, auf Taxpunktwertänderungen wurde verzichtet, weil erst die Daten für April 2004 vorgelegen haben, dass «die Entwicklung im Bereich der frei praktizierenden Ärzte (...) den Erwartungen der Partner (entspreche)» und dass «die ersten Korrekturmassnahmen in der 2. Sommerhälfte notwendig sein werden».¹⁴ Im Bereich der Spitäler wird festgehalten, dass in vielen, vor allem in den öffentlichen Spitälern, noch nicht in grossen Mengen mit TARMED abgerechnet werden kann. Die bisher mit Daten dokumentierten Mengenentwicklungen würden es nicht erlauben, die Kostenneutralität zu steuern. Hinsichtlich der weiteren Vorgehensweise habe H+ Die Spitäler der Schweiz und santésuisse unterschiedliche Meinungen.¹⁵ Die santésuisse fordert eine

¹⁴ «TARMED Kostenneutralitätsbüro: Erste Beurteilung», Pressecommuniqué des Kostenneutralitätsbüros FMH – H+ – santésuisse, Olten, 17. Juni 2004.

¹⁵ «TARMED Kostenneutralitätsbüro: Erste Beurteilung», Pressecommuniqué des Kostenneutralitätsbüros FMH – H+ – santésuisse, Olten, 17. Juni 2004.

Verlängerung der Kostenneutralitätsphase für die Spitäler um mindestens ein Jahr¹⁶, was von der H+ aber klar abgelehnt wird.

- Die *zweite Sitzung* des KN-Büros vom 15. Juli 2004 hat ebenfalls nicht zu Taxpunktwerthanpassungen geführt. Die Delegation der Ärzteschaft berichtet, dass die Abweichung von der Vorgabe für die Ärzte weniger als ein Prozent betrage. Voraussichtlich im nächsten Monat seien in wenigen Kantonen Taxpunktwerthanpassungen nach oben und unten zu erwarten. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Entwicklung bei einzelnen Facharztgruppen ungünstig sei (Stoffel/Favrod-Coune 2004a).
- In der *dritten Sitzung* vom 19. August 2004 hat das Kostenneutralitätsbüro erstmals Taxpunktwerte verändert. Auf den 1. September wurden die Taxpunktwerte in sechs Tarifräumen gesenkt (Bern, Graubünden, Solothurn, Zürich, Ost- und Zentralschweiz) und in zwei erhöht (Tessin, Waadt). Keine Steuerung möglich war weiterhin für die Spitäler, wo für ca. 60% des Kostenvolumens Rechnungen über TARMED abgewickelt wurden.¹⁷ Insgesamt übertrafen die verrechneten Mengen bei den Ärzten gesamtschweizerisch die Vorgabe um knapp 2%. Die Daten der Krankenversicherer scheinen zwischen dem 1. und 2. Quartal erheblich abzuweichen, was bei der Delegation der G7 Nachfragen zur Qualität der Messung auslöst (Stoffel/Favrod-Coune 2004b). Die *santésuisse* stellt fest, dass die erfolgten Anpassungen die Notwendigkeit einer Kontrolle der Kostenneutralität unterstreichen. Sie fordert wiederum eine Verlängerung der Kostenneutralitätsphase für die Spitäler um mindestens ein Jahr.¹⁸ Für H+ Die Spitäler der Schweiz drängt sich keine Verlängerung auf, weil die bisherigen Erfahrungen mit TARMED im UV-Bereich zeigen, dass sich die Mengensteigerungen in den Spitälern auf weniger als 1% belaufen.¹⁹
- Die *vierte Sitzung* des Kostenneutralitätsbüros vom 16. September 2004 führte zu keinen Taxpunktwerthanpassungen. Der Verzicht auf Anpassungen wird vom Büro dadurch begründet, dass sich einerseits die Veränderungen auf den 1. September einpendeln sollen und andererseits «die vertraglich vereinbarte Anhörungsfrist wegen Datenlieferverzugs nicht eingehalten werden konnte.»²⁰ Weil die *santésuisse* Probleme mit der Aufbereitung der Daten hatte, sei eine seriös vorbereitete Sitzung nicht gewährleistet gewesen (Stoffel/Favrod-Coune 2004c). Im Spitalbereich sind die Daten weiterhin unzureichend für eine Steuerung.
- In der *fünften Sitzung* vom 22. Oktober 2004 wurden bei den frei praktizierenden Ärzten Anpassungen vorgenommen. In je zwei Tarifräumen wurden die Taxpunktwerte gesenkt (Baselland, Zürich) bzw. erhöht (Jura, Waadt).²¹ Im Kanton Genf konnte infolge unklarer Rechtslage die Steuerung nicht erfolgen (vgl. Stoffel 2004). Wiederum haben die Versicherer gesamtschweizerisch rund 2% mehr Leistungen von freipraktizierenden Ärzten verrechnet als vorgegeben (Stoffel/Favrod-Coune 2004d). Weiterhin nicht ausreichend für eine Steuerung sind die Daten aus dem Spitalbereich.
- In der *sechsten Sitzung* vom 18. November 2004 wurden die Taxpunktwerte in drei Kantonen gesenkt (Baselland, Basel-Stadt, Bern). In fünf anderen Kantonen wurde auf eine Steuerung verzichtet, «wegen bereits erfolgter Maximalkorrektur».²² Konkret bedeutet dies, dass auf eine Steuerung verzichtet wurde, weil die Taxpunktwerte bereits in den vorherigen Monaten um den maximal möglichen Wert, der in der Kompetenz des Kostenneutralitätsbüros liegt, korrigiert wurden.²³ Weiterhin wurde im Kanton Genf aus rechtlichen Gründen auf eine Taxpunktwertsteuerung verzichtet. Das Kostenneutralitätsbüro hält fest, dass in Zukunft auch die Kostenentwicklungen bei den Fachärzten im Detail analysiert werden sollen. Im Spitalbereich scheint eine Steuerung mittlerweile per Anfang 2005 absehbar.

16 «Krankenversicherer fordern: Die Kostenneutralitätsphase muss verlängert werden», Communiqué der *santésuisse*, Solothurn, 18. Juni 2004.

17 «Das TARMED Kostenneutralitätsbüro hat erstmals Taxpunktwerte angepasst», Pressecommuniqué des Kostenneutralitätsbüros FMH – H+ – *santésuisse*, 20. August 2004

18 «Ärztebereich: TARMED-Taxpunktwerte per 1. September 2004 angepasst – Spitalbereich: Verlängerung der Kostenneutralität immer dringender», Communiqué der *santésuisse*, Solothurn, 20. August 2004.

19 «Medienmitteilung», Pressecommuniqué von H+ Die Spitäler der Schweiz, Bern, 20. August 2004.

20 «Unveränderte TARMED-Taxpunktwerte», Medienmitteilung des TARMED-Kostenneutralitätsbüros vom 17. September 2004.

21 «Kostenneutralität im TARMED bei den frei praktizierenden Ärzten weiterhin im Zielkorridor», Medienmitteilung des TARMED-Kostenneutralitätsbüros vom 22. Oktober 2004.

22 Steuerung der Kostenneutralität in der Arztpraxis inskünftig auch via Analysen in den einzelnen Facharztbereichen», Medienmitteilung des TARMED-Kostenneutralitätsbüros vom 18. November 2004.

23 «Taxpunktwert im Kanton Zürich bleibt (noch) unverändert!» Newsletter 7, Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ, November 2004.

Das Kostenneutralitätsbüro bildet das wichtigste Forum für die Taxpunktwerthanpassungen. Zusätzlich gibt es aber auch Kanäle und Entwicklungen, die sich der Kontrolle des Kostenneutralitätsbüros entziehen, jedoch einen beachtlichen Einfluss auf die Höhe der Taxpunktwerte haben können. Zu denken ist bisher namentlich an die folgenden Punkte:

- Die Taxpunktwerthanpassungen basieren auf Daten zu den monatlich verrechneten Kosten im ambulanten Bereich. Die Höhe dieser Kosten widerspiegelt nicht nur die tatsächlich erbrachten Leistungen, sondern wird auch durch das Abrechnungsverhalten sowohl von den Leistungserbringern wie auch von den Krankenversicherern beeinflusst. Von Ärzteseite wird beklagt, dass die Mengenausweitungen im Praxisbereich und damit die erfolgten Taxpunktwerthsenkungen z.T. ein künstliches Resultat der mit TARMED verkürzten Verrechnungsdauer seien. So scheinen viele freipraktizierende Ärzte ihre Abrechnungsperioden um bis zu zwei Monate verkürzt zu haben, womit die Volumen der verrechneten Kosten in der Kostenneutralitätsphase um diese Mengen aus buchhalterischen Gründen erhöht wird.²⁴ Ein anderer Punkt ist, dass ein Teil der Abrechnungen verzögert werden, weil die Krankenversicherer Rechnungen mit fehlenden Diagnoseangaben zurückweisen.
- Im Bereich der Privatspitäler waren mehrere Taxpunktwerte umstritten. Die hoheitlich festgelegten Taxpunktwerte entziehen sich der Steuerung durch das Kostenneutralitätsbüro. Die Genehmigungs- und Festlegungsverfahren für die Start-Taxpunktwerte waren in mehreren Kantonen im April 2004 noch am laufen. Gegen einige der von den Regierungsräten festgesetzten Tarife wurden von der *santésuisse* und von Privatkliniken Beschwerden beim Bundesrat eingereicht.²⁵ Ein Ergebnis der Beschwerden ist, dass einzelne Starttaxpunktwerte noch im Oktober und November 2004 rückwirkend auf den 1. Januar 2004 gesenkt wurden. Im Falle einer Privatklinik im Kanton Solothurn hat der Bundesrat mit einem Entscheid von Anfang Oktober den Taxpunktwert rückwirkend von 1.10 auf 0.95 Franken reduziert. Der Bundesrat ist bei diesem Entscheid zum Ergebnis gekommen, dass das Kostenneutralitätsprinzip auch bei einer hoheitlichen Festlegung durch die Kantone eine zwingende Vorgabe sei und dass derzeit das Berechnungsmodell des Preisüberwachers die einzige Gewähr bietet, um die Kostenneutralität zu gewährleisten. Bei einer hoheitlichen Festsetzung ist die Kantonsregierung nicht verpflichtet, die Berechnungsmodelle der Tarifpartner sowie den Anpassungsmechanismus gemäss Anhang zum Rahmenvertrag anzuwenden.²⁶

4.5.2 Interpretation

Als positiv zu würdigen ist zunächst, dass das Kostenneutralitätsbüro im Bereich der frei praktizierenden Ärzte für alle Kantone über die Daten verfügte, um die Taxpunktwerte zu steuern. Tatsächlich konnten bereits dreimal Taxpunktwerte erhöht oder gesenkt werden. Grundsätzlich scheint das Kostenneutralitätsbüro in diesem Bereich also handlungs- und entscheidungsfähig zu sein. Die Datenlage ist unterdessen zudem so gut, dass auch auf der tieferen Ebene der Facharztgruppen Kostenentwicklungen analysiert werden sollen – allerdings verfügt das Kostenneutralitätsbüro nicht über die Kompetenz, Korrekturen an der Tarifstruktur vorzunehmen. Eine Grenze für die Steuerung der Taxpunktwerte ergibt sich auch dadurch, dass die Taxpunktwerthanpassungen in den Kantonen erst mit einiger Verzögerung wirksam werden können, weil die Abrechnungen mehrere Monate in Anspruch nehmen können.

Für den Spitalbereich konnten hingegen noch keine Änderungen vorgenommen werden. Insgesamt verfügte die *santésuisse* im August 2004 erst über rund 60% des Abrechnungsvolumens aus den Spitälern (Reust 2004). Für diesen Umstand gibt es mehrere Gründe. Zum Teil gab es Versäumnisse auf Seiten einzelner grösserer Spitäler, weil die Probleme der Umsetzung vernachlässigt, zuwenig Personal freigestellt oder die Komplexität der Informatik unterschätzt wurde. Probleme gab es weniger bei der Leistungserfassung als bei der elektronischen Rechnungsstellung (Buser 2004). Weitere Verzögerungen haben sich auf der Seite der Krankenversicherer ergeben, welche die Rechnungsvolumen nicht

²⁴ «Taxpunktwert im Kanton Zürich bleibt (noch) unverändert!» Newsletter 7, Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ, November 2004.

²⁵ «Bundesrat gibt *santésuisse* Recht – Patienten profitieren von tieferen TARMED-Preisen in Privatkliniken», Pressecommuniqué der *santésuisse* vom 12. November 2004.

²⁶ «Tarifdiskussion mit Privatklinik: Bundesrat heisst Beschwerde von *santésuisse* gut», Medienmitteilung des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements vom 1.10.2004.

bewältigen konnten oder Rechnungen aufgrund fehlender Diagnoseangaben zurückwiesen (Wegmüller 2004). Insgesamt ist festzuhalten, dass die vertraglich vereinbarte Steuerung der Kostenneutralität im Spitalbereich noch nicht stattfindet.

Sowohl im Arzt- wie im Spitalbereich wird mit technischen Schwierigkeiten gekämpft. Auch im Bereich der Ärzteschaft ist es von Seite der santésuisse zu verzögerten Datenlieferungen gekommen. Einerseits hat dies die Steuerungsmöglichkeiten des Kostenneutralitätsbüros verringert. Andererseits weckt dies für Aussenstehende Zweifel an der Zuverlässigkeit der Datenquellen. Wir möchten aber betonen, dass wir es grundsätzlich für nachvollziehbar halten, wenn angesichts der Datenfülle und der anspruchsvollen Anforderungen an die Datenerhebung in der Anfangsphase Fehler auftreten; vor allem auch wenn die personellen und finanziellen Ressourcen bei den Tarifpartnern für diese Aufgabe limitiert sind.

Eine weitere Problematik stellt sich im Hinblick auf die Transparenz der Entscheide des Kostenneutralitätsbüros. Gegenüber Dritten sind die Daten- und Informationsgrundlagen hinter den Entscheiden nicht transparent. Die Vertreter im Kostenneutralitätsbüro sind hinsichtlich des Datenzugangs in einer privilegierten Situation, sehen aber eine Verwendung quantitativer Daten durch Dritte nicht vor. Diese Einschränkung durch das Kostenneutralitätsbüro verunmöglicht es letztlich, die Angemessenheit der getroffenen Entscheide zu würdigen.

In Zukunft ist eine Gesamteinschätzung der Angemessenheit der bisherigen Entscheide des Kostenneutralitätsbüros aus mehreren Gründen wichtig. Erstens erfüllen die Tarifpartner mit ihrer Überprüfung der Kostenneutralität eine Pflicht gegenüber dem Bund (und den Prämienzahlern). Zweitens bestehen im Spital- und Ärztebereich weiterhin technische Schwierigkeiten, welche die Möglichkeiten zur vereinbarten Steuerung beschränken. Drittens bleibt es eine offene Frage, ob sich die Tarifpartner in ausreichendem Masse gegenseitig kontrollieren können und wollen.

4.5.3 Empfehlungen

- Das Kostenneutralitätsbüro sollte gegenüber Dritten Transparenz herstellen und allenfalls die Vereinbarung zur Kostenneutralität in dieser Hinsicht ergänzen.
- Die Tarifpartner sollten überprüfen, ob sie für die Bereitstellung der Datengrundlagen während der Kostenneutralitätsphase ausreichende Ressourcen eingeräumt haben.
- Die Abrechnungsproblematik in den Spitälern ist weiterhin zu beobachten, und es sind Mechanismen vorzusehen, wie die in diesem Bereich bisher ausgebliebene Steuerung der Kostenneutralität kompensiert werden kann. Die Verlängerung der Kostenneutralitätsphase im Spitalbereich stellt dafür eine Möglichkeit dar, wobei eine auf eine Leistungserbringergruppe beschränkte Kostenneutralität unerwünschte Konsequenzen haben könnte.
- Es wäre vorzuziehen, wenn die Kostenentwicklung im Sinne eines Monitorings langfristig und von einer in der Zusammensetzung ausgeglichenen oder ganz neutralen Stelle beobachtet wird. Aufgrund verschiedener erwähnter technischer Schwierigkeiten sollten sowohl für die Ärzte wie auch für die Spitäler die Datengrundlagen rückwirkend plausibilisiert werden.
- Ob ein Monitoring der Kosten mit einer Verlängerung der Kostenneutralitätsphase für die Spitäler und/oder Ärzte einhergehen muss, halten wir offen; der diesbezügliche Handlungsbedarf sollte beurteilt werden, wenn die Daten für alle Vertragsräume über mehrere Monate und in verlässlicher Qualität vorliegen.

4.6 Weitere Wirkungen

Die bisherigen Ausführungen in der Bestandesaufnahme beziehen sich auf die Fragestellungen der Wirkungsanalyse, die von zentraler Bedeutung sind. Zudem gibt es eine Reihe von Fragen, die im Hinblick auf die Gesamtbeurteilung der Wirkungen von TARMED wichtig, aber einzeln von sekundärer Bedeutung sind.

Zum jetzigen Zeitpunkt lassen sich erst zur Frage der Einkommensentwicklung der Facharztgruppen erste Anhaltspunkte finden.

4.6.1 Einkommenssituation der Facharztgruppen

Empirie

Zwar stehen keine Daten direkt zu den Einkommen der Fachärzte zur Verfügung, jedoch lässt sich mit dem Datenpool der *santésuisse* zumindest die Kostenentwicklung der Leistungen bei verschiedenen Gruppen beobachten. Es ist aber zu betonen, dass sich die Kostenentwicklung nicht eins zu eins in den Einkommen niederschlagen muss; zumindest scheinen uns Kostenentwicklungen, wie sie mit dem Indikator der «Bruttoleistungen» erfasst werden, aber eine notwendige Voraussetzung für Einkommensveränderungen. Dazu lassen sich am besten die Brutto-Kosten aller den Ärzten zurechenbaren Leistungen verwenden, also auch z.B. der Medikamente (im Unterschied zur Auswertung im Kapitel 4.2).

Die Tabelle 9 zeigt die «Bruttoleistungen» nach ärztlichen Leistungserbringern für die ersten Halbjahre 2002, 2003 und 2004 sowie die entsprechenden prozentualen Veränderungen. Es handelt sich wie beim Kapitel 4.2 um einen Auszug aus den Daten des *santésuisse* Datenpools, die dem Bundesamt für Gesundheit zur Verfügung stehen. Die Einteilung der Facharztgruppen wurde direkt aus dem Datenpool übernommen; es handelt sich also nicht um die ausführliche FMH-Einteilung, sondern um eine gröbere Unterteilung. Ausgeschlossen von der Liste haben wir zwei kleinere Gruppen mit geringeren Leistungsvolumen (Innere Medizin, spez. Stoffwechselkrankheiten; Nichtvertragsärzte). Die Leistungserbringer und Facharztgruppen erscheinen in der Liste in alphabetischer Ordnung. Bei der Trendänderung aufgrund erster Halbjahresdaten handelt es sich um die Differenz zwischen der Veränderung der Bruttoleistungen in den ersten Halbjahren 2003/04 und der Veränderung der Bruttoleistungen in den ersten Halbjahren 2002/03.

Tabelle 9: Verrechnete Kosten nach KVG in CHF nach ärztlichen Leistungserbringern mit Veränderungen im Wachstum über die Zeit

Leistungserbringer / Facharztgruppen	Bruttoleistungen 1. Halbjahr 2002	Bruttoleistungen 1. Halbjahr 2003	Veränderung Bruttoleistungen 1. Halbjahre 2002/03
Allgemeine innere Medizin	420'185'404	430'339'228	2.42%
Allgemeinpraktiker	935'267'267	961'106'810	2.76%
Anästhesiologie	8'492'430	9'662'110	13.77%
Beinleiden	8'961'144	8'240'692	-8.04%
Besondere Spezialitäten	24'111'340	26'536'983	10.06%
Chirurgie	46'633'335	47'531'830	1.93%
Dermatologie und Venerologie	62'002'596	63'335'142	2.15%
Gemeinschaftspraxen	21'283'831	22'265'159	4.61%
Gynäkologie und Geburtshilfe	152'938'893	155'513'894	1.68%
Innere Medizin, spez. Endokrinologie	16'194'792	16'417'708	1.38%
Innere Medizin, spez. Hämatologie	40'941'201	44'258'093	8.10%
Innere Medizin, spez. Herzkrankheiten	62'167'022	64'641'674	3.98%
Innere Medizin, spez. Lungenkrankheiten	31'682'607	32'298'176	1.94%
Innere Medizin, spez. Magen-Darm-Krankheiten	59'265'932	61'332'853	3.49%
Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie	15'368'705	16'560'977	7.76%
Neurochirurgie	2'892'607	3'238'156	11.95%
Neurologie	22'679'966	23'333'710	2.88%
Neurologie und Psychiatrie	3'400'165	3'247'483	-4.49%
Ophthalmologie	124'286'683	130'928'569	5.34%
Orthopädische Chirurgie	32'131'464	33'488'687	4.22%
Otorhinolaryngologie	45'618'753	44'155'746	-3.21%
Pädiatrie	113'485'350	115'915'607	2.14%
Physikalische Medizin und Rheumatologie	65'202'301	66'442'007	1.90%
Psychiatrie und Psychotherapie	154'322'251	160'889'287	4.26%
Radiologie und Nuklearmedizin	81'406'034	94'233'962	15.76%
Tropenkrankheiten	3'632'270	3'944'681	8.60%
Urologie	27'025'799	27'808'013	2.89%
Total Ärzte	2'581'828'851	2'667'904'819	3.33%

Quelle: Monatsdaten santésuisse Datenpool

Leistungserbringer / Facharztgruppen	Bruttoleistungen 1. Halbjahr 2004	Veränderung Bruttoleistungen 1.Halbjahre 2003/04	Trendänderung aufgrund 1. Halbjahrsdaten
Allgemeine innere Medizin	446'828'853	3.83%	1.41 %
Allgemeinpraktiker	991'518'677	3.16%	0.40%
Anästhesiologie	8'248'614	-14.63%	-28.40%
Beinleiden	7'623'731	-7.49%	0.55%
Besondere Spezialitäten	26'729'860	0.73%	-9.33%
Chirurgie	46'156'258	-2.89%	-4.82%
Dermatologie und Venerologie	62'878'441	-0.72%	-2.87%
Gemeinschaftspraxen	27'030'677	21.40%	16.79%
Gynäkologie und Geburtshilfe	157'195'458	1.08%	-0.60%
Innere Medizin, spez. Endokrinologie	16'356'288	-0.37%	-1.75%
Innere Medizin, spez. Hämatologie	47'686'598	7.75%	-0.35%
Innere Medizin, spez. Herzkrankheiten	67'159'484	3.90%	-0.08%
Innere Medizin, spez. Lungenkrankheiten	31'539'049	-2.35%	-4.29%
Innere Medizin, spez. Magen-Darm-Krankheiten	62'619'733	2.10%	-1.39%
Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie	18'866'243	13.92%	6.16%
Neurochirurgie	3'757'028	16.02%	4.07%
Neurologie	25'360'637	8.69%	5.81%
Neurologie und Psychiatrie	3'082'462	-5.08%	-0.59%
Ophthalmologie	138'577'027	5.84%	0.50%
Orthopädische Chirurgie	35'162'819	5.00%	0.78%
Otorhinolaryngologie	46'268'282	4.78%	7.99%
Pädiatrie	116'927'785	0.87%	-1.27%
Physikalische Medizin und Rheumatologie	67'244'118	1.21%	-0.69%
Psychiatrie und Psychotherapie	182'449'350	13.40%	9.14%
Radiologie und Nuklearmedizin	86'339'685	-8.38%	-24.14%
Tropenkrankheiten	3'807'301	-3.48%	-12.08%
Urologie	29'286'944	5.32%	2.43%
Total Ärzte	2'756'970'350	3.34%	0.01%

Die Überlegung hinter dieser einfachen Berechnung lässt sich an einem Beispiel illustrieren: Bei den Versicherern sind für die Psychiatrie und Psychotherapie im ersten Halbjahr seit der Einführung von TARMED 13.4% mehr Kosten angefallen als im ersten Halbjahr 2003. Die verrechneten Kosten der Psychiatrie und Psychotherapie sind also stark gestiegen, was zu einem Einkommensanstieg dieser Gruppen führen könnte (in Übereinstimmung mit dem Ziel von TARMED). Der Datenpool weist aber bereits für das erste Halbjahr 2003 eine Steigerung der verrechneten Kosten für diese Gruppen um 4.26% aus (im Vergleich zum ersten Halbjahr 2002). Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass diese Berufsgruppen bereits in den Vorjahren zulegen konnten. Bei der Steigerung im ersten Halbjahr 2004 wird es sich deshalb vermutlich nicht nur um einen Effekt von TARMED handeln, sondern auch um einen davon unabhängigen längerfristigen Trend. Anstatt also nur die Veränderung in diesem Jahr zu betrachten, kann ein korrigierter (und in den meisten Fällen ausgeglichenerer) Wert angenommen werden.

Zu bemerken ist schliesslich, dass in kleineren Gruppen nur schon aus statistischen Gründen eher höhere Veränderungen zu erwarten sind als in grossen Gruppen. Die Veränderungen bei solchen Leistungserbringern sind also nicht überzubewerten, zumal Korrekturen auch keine grossen Einflüsse auf die Gesamtkostenentwicklung haben.

In der Auflistung in Tabelle 9 sind einige Daten bemerkenswert:

- Bei der Psychiatrie und Psychotherapie wie auch bei der Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie sind die Bruttoleistungen in beachtlichem Masse gestiegen. Für einige stärker technisch orientierte Leistungserbringer wie die Chirurgie, Radiologie und Nuklearmedizin sowie die Anästhesiologie haben sich die Kosten für KV-Leistungen gesamthaft verringert. Diese Entwicklungen könnten eine Grundlage dafür bilden, dass die Verringerung der Einkommensdifferenzen zumindest graduell erreicht wird.
- Im Gegensatz dazu stehen einzelne technisch orientierte Leistungserbringer, für die ein Anstieg der Bruttoleistungen verzeichnet wird (Otorhinolaryngologie, Neurochirurgie, Urologie). Dies wirkt der Verringerung der Einkommensdifferenzen entgegen.
- Für die Gesamtheit der Allgemeinpraktiker ist im ersten Halbjahr 2004 durch TARMED keine grössere Kostensteigerung zu beobachten. Es ist nicht anzunehmen, dass die Allgemeinpraktiker bereits im ersten Halbjahr 2004 durch TARMED eine bemerkenswerte Einkommenserhöhung erfahren haben.
- Die grösste Zunahme der von den Versicherern verrechneten Bruttoleistungen ist bei den Gemeinschaftspraxen festzustellen. Wir nehmen an, dass dies nicht ein Effekt von TARMED, sondern von einer grossen Anzahl neuer Gemeinschaftspraxen ist. Allenfalls könnte es sich auch um einen Artefakt handeln, weil sich eventuell die Definitionen oder Einordnungen durch die Krankenversicherer in dieser Kategorie verändert hat.

Interpretation

Insgesamt ist festzuhalten, dass derzeit keine sehr geeigneten Daten zur Verfügung stehen, um die Auswirkungen von TARMED auf die Einkommenssituation der Facharztgruppen zu untersuchen. Immerhin geben die Daten zu den verrechneten Kosten der KV-Leistungen nach Facharztgruppen erste Hinweise auf potentielle Einkommensveränderungen. Der Eindruck besteht, dass sich die Veränderungen insgesamt im Rahmen halten werden, bei einzelnen Facharztgruppen aber durchaus deutlicher ausfallen könnten.

Folgerungen für die Wirkungsanalyse

Diese erste Sicht auf die Resultate weist auch auf methodische Punkte hin, die in der Evaluation berücksichtigt werden müssen.

- Die verrechneten Kosten im KV-Bereich geben kein abschliessendes Bild der Einkommen ab. Als direkter Indikator ist nur das Einkommen geeignet. Falls über die Kosten gerechnet wird, sollte für die Facharztgruppen auch beobachtet werden, in welchem Masse sich die Kosten der verrechneten Leistungen in anderen Bereichen (VVG, UVG, etc.) verändern und ob es zu Leistungsverschiebungen kommt. Am besten untersuchen liessen sich diese Punkte wohl mit den Daten der NewIndex AG.
- Drei Beobachtungszeitpunkte lassen selbstverständlich keine gesicherte Trendaussage zu, für eine statistische Zeitreihenanalyse ist die Zahl der Beobachtungen deutlich zu erweitern.
- Es fehlen Kontrollen für externe Einflüsse auf die Entwicklung der Tätigkeiten und die Werte sind zudem z.B. nicht für die Änderungen in gewählten Franchisen bereinigt. TARMED ist nur ein Faktor neben vielen, der zu Leistungsveränderungen bei den Fachärzten führen kann.
- Der Einfluss von TARMED auf die Veränderung der Leistungsmengen lässt sich schliesslich am plausibelsten belegen, wenn die Art der erbrachten Leistungen der Facharztgruppen vertiefter untersucht wird, mindestens hinsichtlich ärztlicher und technischer Leistungen, allenfalls auch detaillierter.

4.6.2 Offene Fragen

Für die weiteren Fragestellungen von sekundärer Bedeutung lassen sich noch keine aussagekräftigen Antworten formulieren. Folgende Fragen müssen vorerst noch offen bleiben:

- *Welche Auswirkungen hat TARMED auf die Mengen- (und damit Kosten-)entwicklung von erbrachten technischen und ärztlichen KV-Leistungen im Spitalbereich?* Bisher liegen noch keine verlässlichen Daten über die Mengenentwicklungen der ambulanten Leistungen in den Spitälern seit der Einführung von TARMED vor.
- *Wie beeinflusst TARMED die Investitionen von Ärzten und Spitälern in technische Geräte über die Zeit?* Es sind keine Daten vorhanden zu diesen Investitionen, bzw. indirekte Indikatoren wie Verkaufszahlen bestimmter technischer Geräte als Beispiele müssten erst noch erhoben werden. Grundsätzlich müssten Veränderungen in den Investitionstätigkeiten längerfristig beobachtet werden können.
- *Welche Kostenfolgen hat die Einführung und Anwendung von TARMED für den Administrationsaufwand bei den Ärzten, den Spitälern und den Krankenversicherern?* Auch zum Administrationsaufwand sind noch keine Daten vorhanden. Hinsichtlich der möglichen Einsparungen durch TARMED muss zudem noch gewartet werden, bis sich die Prozeduren in den Spitälern eingespielt haben.
- *Wie verändert sich durch TARMED die Situation der Belegärzte?* Daten, welche die Leistungen und Einkommen der Belegärzte seit der Einführung von TARMED belegen, gibt es noch nicht. Immerhin kann aus den Verhandlungen über die Anwendung von TARMED im UV-Bereich mit einem Spezialabkommen für die Belegärzte geschlossen werden,²⁷ dass die Situation der Belegärzte ein Thema bleiben wird.
- *Welche Auswirkungen hat TARMED auf das Abrechnungsverhalten im Praxis- und Spitalbereich?* Es ist methodisch sehr schwierig, Unterschiede zwischen erbrachten und abgerechneten Leistungen erfassen zu können. Eine Erhebung speziell zu diesem Thema gibt es nicht; auch nicht in der Form von Experteninterviews zur Einschätzung von Verzerrungen durch Abrechnungssoftware oder über die Konsequenzen der neuen Systeme in den Spitälern.

27 Zusatzvereinbarung zum Tarifvertrag TARMED FMH-UV/MV/IV vom 28. Dezember 2001 betreffend Belegarzttarif zwischen den Versicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung, vertreten durch die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV), der Invalidenversicherung, vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherung und der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizerischen Belegärzte-Vereinigung (SBV), Bern/Luzern, 24. Juni 2004.

4.7 Bilanz aus der ersten Bestandesaufnahme

Insgesamt erlaubt die erste Bestandesaufnahme bereits einige – allerdings mit Vorsicht zu interpretierende und nur für die erste Zeit der Einführung von TARMED gültige – Aussagen über die Umsetzung und Wirkungen von TARMED.

Für die Umsetzung lässt sich bisher feststellen, dass die Kostenneutralitätskontrolle mit grösseren technischen Schwierigkeiten zu kämpfen hat, die vertraglichen Regelungen sich aber grundsätzlich zu bewähren scheinen. Im Bereich der Tarifpflege werden Veränderungen bisher über die (nicht der Kontrolle durch den Bund unterstehende) Paritätische Interpretationskommission, Notmassnahmen sowie z.T. die Tarifpflege im engeren Sinn vorgenommen. Die eigentliche Tarifpflege in der Form von zusätzlichen oder gestrichenen Tarifpositionen oder geänderten Taxpunkten hat sich noch nicht eingeschpielt.

Hinsichtlich der Zielerreichung von TARMED lässt sich gegenwärtig folgendes festhalten:

- Nach der Einführung von TARMED haben sich die *Mengen und Kosten der erbrachten ärztlichen Leistungen* (soweit sich das bisher ansatzweise feststellen lässt) erhöht. Die Menge der verrechneten Leistungen wird unserer Einschätzung nach konstant höher bleiben als vor der Einführung von TARMED. Die Kosten dürften in den nächsten Monaten durch die erfolgten und eventuell weiteren Taxpunktwertanpassungen aber wieder nach unten korrigiert werden.
- Aufgrund der ersten Beobachtungen der Entwicklung der verrechneten Kosten von Leistungen nach Facharztgruppen vermuten wir, dass das Ziel der *Umbewertung von technischen bzw. ärztlichen Leistungen* und die Verringerung der Einkommensdifferenzen kaum oder höchstens in bescheidenem Masse erreicht werden. Momentan ist zu vermuten, dass unter dem Strich nur einzelne spezifische Facharztgruppen mit der Neubewertung deutlich gewinnen bzw. verlieren werden.
- Beim Ziel der Förderung von *Transparenz* stehen die Tarifpartner gegen Ende 2004 noch am Anfang. Positiv zu vermerken ist, dass innerhalb der Ärzteschaft und Versicherer nun mehr Informationen genutzt werden (teilweise solche, die erst über TARMED geschaffen wurden, teilweise aber solche, die sich in ähnlicher Weise bereits vorher hätten erheben lassen). Aus dieser Entwicklung haben Bund und die Öffentlichkeit bislang aber keinen wesentlichen Nutzen ziehen können.
- Die *Kontrolle der Kostenneutralität* ist aus verschiedenen Gründen schwierig. Im Spitalbereich konnte wegen Abrechnungsproblemen der Spitäler bisher keine Steuerung der Taxpunktwerte erfolgen. Auf der Seite der Ärzteschaft ist die Situation deutlich besser und es konnten mehrere Runden von Taxpunktwertanpassungen vorgenommen werden. Aufgrund des fehlenden Zugangs zu den detaillierten Datengrundlagen des Kostenneutralitätsbüros kann derzeit nicht beurteilt werden, ob dieses Gremium die Anpassungen im Arztbereich auf soliden Grundlagen vorgenommen hat oder nicht.

5 Evaluationsplan

Auf der Grundlage der Resultate der Vorbereitungsstudie skizzieren wir in diesem Kapitel einen möglichst detaillierten Evaluationsplan für die kommende Wirkungsanalyse TARMED. Dieser zeigt das methodische Vorgehen auf, wie die in Kapitel 3 formulierten Fragestellungen der Wirkungsanalyse untersucht und beantwortet werden können.

Die Durchführung der Wirkungsanalyse erfolgt im Rahmen einzelner *Arbeitsmodule*, die sich an den zentralen Themenbereichen und Fragestellungen orientieren. Ein solcher modulartiger Aufbau des Evaluationsplans ermöglicht einen transparenten Überblick über die einzelnen Arbeitsschritte und erleichtert damit die systematische Bearbeitung der thematisch den einzelnen Modulen zugeordneten Evaluationsfragen. Zudem gewährleistet diese Vorgehensweise eine flexible Handhabung des Evaluationsplans, indem der Auftraggeber zum Zeitpunkt der Vergabe der Wirkungsanalyse eine Fokussierung auf ausgewählte Module verlangen kann. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass die verschiedenen Module teilweise aufeinander aufbauen oder einander ergänzen, so dass eine allfällige Streichung eines oder mehrerer Arbeitsschritte die Aussagekraft der Gesamtbeurteilung beeinträchtigen wird.

Nachfolgend skizzieren wir zehn thematisch orientierte Module und zwei Basismodule. Von den thematisch ausgerichteten Modulen befassen sich die Module 2 bis 5 mit den Fragestellungen erster und die Module 6 und 7 mit Fragestellungen sekundärer Priorität. Aus praktischen Überlegungen (vgl. Ausführungen zu den Modulen) haben wir die Module 8 bis 11 als Zusatzmodule konzipiert. Mit Blick auf die Resultate der Vorbereitungsstudie schlagen wir vor, die beiden Basismodule sowie die thematischen Module erster und zweiter Priorität zwingend, die thematischen Zusatzmodule nach Möglichkeit und vorhandenen Ressourcen umzusetzen.

Tabelle 10: Übersicht über die Arbeitsmodule der Wirkungsanalyse

Arbeitsmodule	Gegenstand
Basismodule	Modul 1: Überprüfung und Aktualisierung des Wirkungsmodells von TARMED Modul 12: Gesamtbeurteilung der Einführung und Auswirkungen von TARMED
Module erster Priorität	Modul 2: Leistungs- und Kostenentwicklung in den freien Arztpraxen Modul 3: Transparenz der Leistungserbringung Modul 4: Prozessevaluation der Tarifpflege Modul 5: Evaluation der Umsetzung der Vereinbarung zur Kostenneutralität
Module zweiter Priorität	Modul 6: Leistungs- und Kostenentwicklung in den öffentlichen und privaten Spitälern; Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen den Leistungserbringergruppen Modul 7: Entwicklung der Einkommenssituation der Facharztgruppen
Zusatzmodule	Modul 8: Entwicklung der Investitionen von Ärzten und Spitälern in technische Geräte Modul 9: Entwicklung des Administrationsaufwandes der Leistungserbringer und Krankenversicherer Modul 10: Entwicklung der Situation der Belegärzte Modul 11: Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer

Es ist an dieser Stelle wichtig darauf hinzuweisen, dass die erfolgreiche Durchführung der Wirkungsanalyse von zwei praktischen Bedingungen abhängt:

- Zum einen setzt die Umsetzung der Wirkungsanalyse einen *angemessenen Zugang zu den wichtigsten vorhandenen Daten* voraus. Mit Blick auf die bestehende Informations- bzw. Datenasymmetrie zwischen Aufsichtsbehörde und Tarifparteien im Krankenversicherungsbereich ist es deshalb unerlässlich, auf zweckmässige Datenbestände der santésuisse (Tarifpool) und allenfalls der Ärztegesellschaften (Daten der NewIndex AG) zurückgreifen zu können.
- Zum anderen wird das ausführende Evaluationsteam angesichts diverser geplanter Primärerhebungen (z.B. Experteninterviews, standardisierte schriftliche Befragungen) auf eine *kooperative Haltung* der Tarifparteien und weiterer von TARMED betroffener Akteure angewiesen sein.

5.1 Beschreibung der einzelnen Arbeitsmodule

5.1.1 Modul 1: Überprüfung und Aktualisierung des Wirkungsmodells TARMED

Das im Rahmen der Vorbereitungsstudie erarbeitete Wirkungsmodell fasst die Vermutungen über die wichtigsten Auswirkungen von TARMED im Krankenversicherungsbereich zusammen und stellt die Grundlage dar für die Ableitung und Gewichtung der Fragestellungen, die im Rahmen der Wirkungsanalyse untersucht werden sollen. Unter die skizzierten denkbaren Wirkungen fallen sowohl die drei zentralen Zielsetzungen als beabsichtigte Wirkungen wie auch eine Reihe nicht beabsichtigter Wirkungen, die je nach Standpunkt als positiv oder negativ erachtet werden können. Im Hinblick auf eine Gesamtbeurteilung und Würdigung der Einführung von TARMED gilt es sowohl die beabsichtigten wie auch die nicht beabsichtigten Wirkungen empirisch zu überprüfen und darzustellen.

Das Wirkungsmodell entspricht in seinem Kern der Einschätzung von erwarteten Wirkungen durch eine Reihe von Experten im Frühjahr 2004, also rund drei Monate nach Einführung der neuen Tarifstruktur. Da sich bis zum Zeitpunkt der Inangriffnahme der Wirkungsanalyse sowohl der Untersuchungsgegenstand wie auch aufgrund erster Erfahrungen die Wahrnehmung der Wirkungsweise von TARMED durch die Tarifparteien und andere betroffene Akteure verändern kann, empfehlen wir, vor Inangriffnahme der thematischen Module zwingend eine Überprüfung und allenfalls eine Aktualisierung oder Anpassung des Wirkungsmodells. So ist es zum jetzigen Zeitpunkt durchaus denkbar, dass gewisse Fragestellungen aufgrund gesundheitspolitischer Entwicklungen an Bedeutung gewinnen oder verlieren, neue implizite Zielvorstellungen entwickelt oder bisher nicht diskutierte Wirkungen erwartet werden. Je nach Ausmass und Art einer allfälligen Anpassung des Wirkungsmodells oder Neugewichtung der Evaluationsfragen wären die davon betroffenen thematischen Module entsprechend anzupassen.

Methodisch stützt sich die Überprüfung des Wirkungsmodells auf zwei Verfahren ab:

- Zum einen erachten wir eine Analyse von Dokumenten der wichtigsten Akteure sowie der Medienberichterstattung über TARMED als hilfreich zwecks möglicher Identifizierung bisher nicht berücksichtigter Vermutungen oder Erwartungen über die Wirkungsweise der neuen Tarifstruktur.
- Zum anderen sollten mit dem Auftraggeber und den Mitgliedern der Begleitgruppe bei Projektbeginn Informationsgespräche durchgeführt werden mit dem Ziel, die Aktualität des Wirkungsmodells und den Handlungsbedarf hinsichtlich einer Aktualisierung einschätzen zu können. Falls nötig könnten im Anschluss daran mit den durch TARMED am stärksten betroffenen Akteure (FMH, Krankenversicherer, Spitäler, GDK, BAG) Experteninterviews durchgeführt werden.

Weil dieser erste Arbeitsschritt die inhaltliche Ausrichtung der Wirkungsanalyse in Form der umzusetzenden Arbeitsmodule bestimmt, ist bei der Umsetzung dieses Moduls speziell darauf zu achten, dass zwischen dem Auftraggeber und dem Evaluationsteam Einigkeit besteht bezüglich der definitiven Version des Wirkungsmodells.

5.1.2 Modul 2: Leistungs- und Kostenentwicklung in den freien Arztpraxen

Zielsetzung und Fragestellung

In diesem ersten thematischen Modul wird die Wirkung von TARMED auf die Entwicklung der in den freien Arztpraxen erbrachten KV-Leistungen und der damit einhergehenden Kosten untersucht. Die zentrale Fragestellung lautet dabei:

→ *Welche Auswirkungen hat TARMED auf die Leistungs- und Kostenentwicklung von erbrachten technischen und ärztlichen KV-Leistungen in den freien Arztpraxen?*

Antworten auf diese Fragen lassen sich mit verschiedenen statistischen Analysen quantitativer Daten über die erbrachten Leistungen finden, wobei bereits bestehenden Daten der santésuisse und allenfalls der NewIndex AG besondere Bedeutung zukommt.

Vermutete Wirkungszusammenhänge

Im Zusammenhang mit der Leistungsentwicklung in den freien Arztpraxen werden folgende Wirkungszusammenhänge vermutet:

- Zunächst wird vermutet, dass es durch TARMED insgesamt zu einer kontinuierlichen Mengenausweitung der erbrachten Leistungen kommt. Ein Grund dafür wird im Umstand gesehen, dass TARMED die Struktur eines *Einzelleistungstarifs* hat. Nur die erbrachten ärztlichen Leistungen können vom Arzt verrechnet werden, was einen Anreiz setzt, möglichst viele Leistungen zu erbringen. Dabei ist zu beachten, dass auch die vor TARMED gültigen kantonalen Tarife Einzelleistungstarife waren, allerdings mit einer geringeren Anzahl an einzelnen Tarifpositionen. Insgesamt lässt sich vermuten, dass sich die Ausweitung der Leistungsmenge während der Kostenneutralitätsphase im Rahmen hält, weil sie über die Anforderungen an die Kostenneutralität zu einer Senkung des Taxpunkt werts führen kann, nach Abschluss der Kostenneutralitätsphase aber wieder stärker zunimmt.
- TARMED verfolgt als eine der drei zentralen Zielsetzungen eine *Aufwertung der intellektuellen gegenüber den technischen Leistungen*. Deshalb wird vermutet, dass sich dadurch die Art der erbrachten Leistungen verändert, und dass sich TARMED insgesamt auf die Anzahl der erbrachten ärztlichen und technischen Leistungen auswirkt, bei ersterem zu einer Steigerung führt und bei letzterem zu einem Rückgang.
- Längerfristig könnte diese Verschiebung noch vergrössert werden durch rückgängige *Investitionen in technische Geräte*.
- Zusätzlich ist es auch denkbar, dass vor allem technisch tätige Ärzte aufgrund einer (ev. nur befürchteten) negativen *Einkommensentwicklung* mehr ärztliche Leistungen erbringen.
- Bei der Analyse der Auswirkungen von TARMED auf die Leistungsentwicklung ist ferner dem Umstand Rechnung zu tragen, dass sich ab Inkraftsetzung die *Tarifstruktur* als Folge der *Tarifpflege* in der Zeitdimension laufend verändern und damit eine Verhaltensanpassung bei der Leistungserbringung auslösen kann. Genauso können sich die *Interpretationen* einzelner Tarifpositionen im Rahmen von Entscheidungen der Paritätischen Interpretationskommission (PIK) verändern. Informationen zu Veränderungen in der Tarifstruktur sowie in der Auslegung des Tarifs in der Zeitdimension sind deshalb von grosser Bedeutung, um allfällige Verhaltensänderungen und ihre Folgen besser interpretieren zu können.
- Ebenfalls gilt es die kantonal oder regional wirksamen *Taxpunkt wertanpassungen* im Rahmen der *Kontrolle der Kostenneutralität* während der Kostenneutralitätsphase zu berücksichtigen. Speziell bei kantonalen Vergleichen der Leistungsentwicklung unter TARMED bilden Informationen über Taxpunkt wertkorrekturen eine Voraussetzung für eine angemessene Interpretation kantonalen oder regionaler Entwicklungspfade.

- Schliesslich verweist das Wirkungsmodell auf wichtige *externe Faktoren* als weitere mögliche Ursachen für Verhaltensänderungen der Leistungserbringer. Die wichtigsten dieser externen Faktoren sind im Rahmen dieses Moduls als Kontrollvariablen in die Wirkungsanalyse miteinzubeziehen, da sie die Wirkung von TARMED auf die Leistungsentwicklung verstärken, abschwächen oder überdecken können. Neben allgemeinen politischen, sozialen und wirtschaftlichen Kontextfaktoren, die es noch zu spezifizieren gilt, sind speziell die drei Korrekturfaktoren zu berücksichtigen, die in der Vereinbarung über die Kostenneutralität festgehalten sind: neue Pflichtleistungen, medizinischer Fortschritt und demographische Veränderungen.

Untersuchungsanlage

Die Wirkungsanalyse bedarf angemessener und geeigneter Bewertungskriterien, damit wertende Aussagen erst möglich werden. Diese Bewertungskriterien lassen sich anhand von Vergleichen entwickeln. Für dieses Modul sind drei Vergleichsdimensionen relevant:

- Im Hinblick auf die explizite Zielsetzung einer Aufwertung der intellektuellen gegenüber den technischen Leistungen kommt ein *Soll-Ist-Vergleich* zur Anwendung. Dabei wird die Leistungsentwicklung empirisch erfasst und mit der Zielsetzung in Relation gesetzt, um den Grad der Zielerreichung sowie das Ausmass nicht beabsichtigter Leistungsentwicklung einschätzen zu können. Dabei gilt es zu überprüfen, inwieweit empirisch beobachtbare Veränderungen in der Leistungserbringung auf die Einführung und Ausgestaltung von TARMED zurückzuführen sind.
- Im *Längsvergleich* wird die Wirkungsanalyse den Einfluss der Einführung von TARMED auf die Entwicklung der Leistungen und Kosten insgesamt, pro Kanton bzw. Region und pro Facharztgruppe aufzeigen. Hierfür gilt es die Entwicklung der Leistungen und Kosten vor Einführung von TARMED, während und nach Ablauf der Kostenneutralitätsphase zu betrachten. Aufgrund der oben erwähnten Wirkungszusammenhänge sind neben Daten zu den zentralen Variablen dieses Moduls – Tarifausgestaltung, Leistungen, Kosten – auch Informationen zur Einkommensentwicklung, zu den getätigten Investitionen in technische Geräte, zu den Tarifinterpretationen, Struktur- und Taxpunktwertanpassungen in der Zeitdimension notwendig. Mit Blick auf die verfügbare Datenlage sind dabei folgende Einschränkungen von Bedeutung:
 - Eine Differenzierung der erbrachten Leistungen nach einzelnen Tarifpositionen oder eine Unterteilung in ärztliche und technische Leistungen ist erst ab Einführung TARMED möglich. Die Leistungsentwicklung vor 2004 kann allein auf der Ebene der Bruttoleistungen in freien Arztpraxen insgesamt beobachtet werden. Die Bruttoleistungen stehen ab 1997 jährlich und ab 1999 auch monatlich zur Verfügung. Die ab 2004 erfassten Leistungen nach einzelnen Tarifpositionen sowie die Unterscheidung von ärztlichen und technischen Leistungen werden sowohl als Jahres- wie auch als Monatsdaten aufbereitet.
 - Die Daten zur Einkommensentwicklung der freien Ärzteschaft sind ab 1971/72 bis 1997/98 als Zweijahresperioden und ab 2001 als Jahresdaten publiziert, wobei eine zeitliche Verzögerung in der Bereitstellung der Daten von ca. zwei Jahre in Kauf genommen werden muss.
 - Die Kosten der in den freien Arztpraxen im KV-Bereich erbrachten Leistungen stehen wiederum als Jahresdaten ab 1994 zur Verfügung.

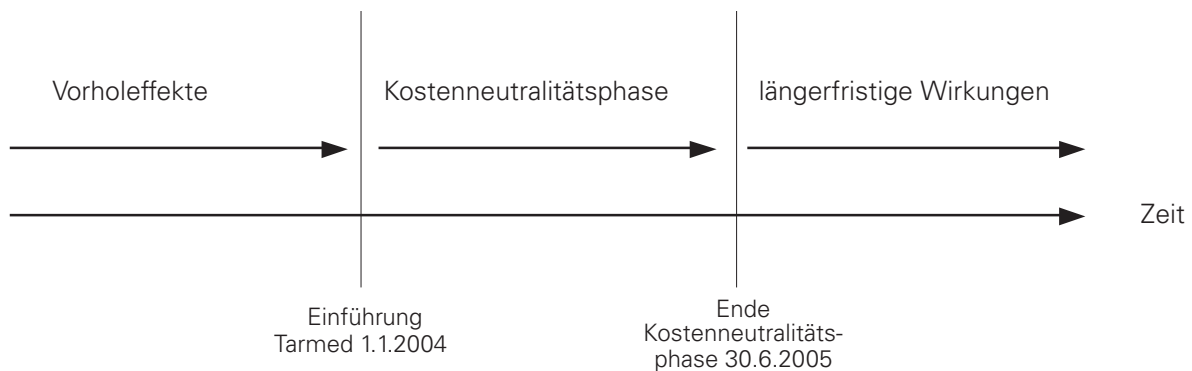
Wie bei den meisten politischen Massnahmen wird auch TARMED die Wirkungsanalyse durch die zeitliche Dynamik vor Herausforderungen stellen. Neben den bereits erwähnten Möglichkeiten einer Tarifierfassung (Strukturanpassung, Interpretationen, Taxpunktwertkorrekturen) gilt es im Längsschnitt speziell auf folgende drei Aspekte zu achten:

- In der Einführungsphase können aufgrund der Komplexität des Tarifs *praktische Probleme mit der Umsetzung* entstehen, beispielsweise in Form einer verzögerten Rechnungsstellung. In diesem Sinne festgestellte kurzfristige Veränderungen in der Leistungsentwicklung sind zu unterschei-

den von den längerfristigen Auswirkungen von TARMED, die sich teilweise erst einstellen und entsprechend beobachtet werden können, wenn die Anfangsschwierigkeiten überwunden sind und sich die neuen Verfahren einspielen konnten.

- Es besteht die Möglichkeit, dass vor Einführung von TARMED *Vorholeffekte* stattgefunden haben. Leistungserbringer könnten bereits vor Inkraftsetzung des neuen Tarifs kommende Einkommensverluste antizipiert und diese in Form einer Mengenausweitung kompensiert haben. Da sich die Leistungsentwicklung vor Einführung des TARMED nur auf einer hoch aggregierten Ebene beobachten lässt, dürften Aussagen über solche Vorholeffekte allerdings nur begrenzt möglich sein.
- Während der Kostenneutralitätsphase stehen die Leistungserbringer vor allem seitens der Ärztevereinigungen unter einem grossen Druck, keine Mengenausweitung zu betreiben. Aus diesem Grund wird es besonders interessant sein, die Entwicklung der Leistungen und Kosten *nach Ende der Kostenneutralitätsphase* zu beobachten.

Abbildung 3: Dynamische Wirkungsweise von TARMED in der Zeitdimension



- Der *Quervergleich* steht bei den Vergleichen zwischen den Kantonen, den Facharztgruppen sowie den Arten von erbrachten Leistungen im Vordergrund:
 - Die Leistungs- und Kostenentwicklung ist sowohl gesamtschweizerisch wie auch im *kantonalen Vergleich* zu erfassen. Bei der Interpretation kantonaler Unterschiede in der Leistungs- und Kostenentwicklung sind speziell die kantonal unterschiedlich hohen Taxpunktwerte, das kantonale Tarifsystem vor Einführung von TARMED sowie die kantonal unterschiedliche Ärztestruktur zu berücksichtigen.
 - Aufgrund der unterschiedlichen Betroffenheit der *Facharztgruppen* durch TARMED («Gewinner und Verlierer») drängt sich bei der Wirkungsanalyse auch hier ein Quervergleich auf. Gemäss einer Zielsetzung von TARMED sollten eher technisch tätige Ärzte (oder Fachgruppen) eher weniger Kosten, stärker intellektuell tätige Ärzte (oder Fachgruppen) eher mehr Kosten verursachen. Zu denken ist im Rahmen dieser Analysen natürlich an diverse mögliche Kompensationsstrategien.
 - Schliesslich sind auch Vergleiche anzustellen zwischen verschiedenen *Kategorien von Leistungen*, in erster Linie zwischen der Entwicklung von ärztlichen und technischen Leistungen. Denkbar sind aber auch Analysen auf der Ebene einzelner Tarifpositionen. Für eine Aggregation der Leistungen spricht hingegen, dass sie die Analyse vereinfacht und zumindest eine Gruppierung und Gewichtung von bestimmten Leistungskategorien erlaubt.

Operationalisierung, Datenlage und Datenerhebung

Zur Bearbeitung der oben formulierten Fragestellung kann im Rahmen der Wirkungsanalyse weitgehend auf bereits vorhandene Daten abgestellt werden. Durch TARMED hat sich v.a. die Datenlage über die Leistungen in den freien Arztpraxen deutlich verbessert. So würden sich mit den Daten der NewIndex AG

oder des Tarifpools der santésuisse die Entwicklungen der Leistungsmengen ab Einführung von TARMED sehr detailliert beobachten lassen. Dasselbe gilt für die Analyse von Leistungen nach Facharztgruppen. Allerdings sind die Vergleichsmöglichkeiten mit der Zeit vor Einführung der neuen Tarifstruktur nur mit Hilfe des Datenpools der santésuisse auf der Ebene der gesamtschweizerischen Bruttoleistungen in den freien Arztpraxen möglich. Nachfolgende Tabelle fasst die für dieses Modul relevanten Sekundärdaten entlang der interessierenden Variablen zusammen.

Tabelle 11: Übersicht über vorhandene Sekundärdaten und Datenquellen (Modul 2)

Variable	Vorhandene Daten	Datenquellen	Zeit & Regionalisierung	Kommentare
Menge und Art der in der Praxis im KV-Bereich erbrachten Leistungen	Mengen und Tarifpositionen der in der Praxis im KV-Bereich <i>in Rechnung gestellten</i> Leistungen	NewIndex	ab 1.1.2004, auch monatlich und kantonal	detaillierteste bestehende Erhebung; inklusive Leistungen unter Franchise
	Mengen und Tarifpositionen der in der Praxis im KV-Bereich <i>von den Versicherern verrechneten</i> Leistungen	Tarifpool (santésuisse)	ab 1.1.2004, auch monatlich und kantonal	grössere Abdeckung, allerdings ohne Leistungen unter Franchise
	Gesamt mengen der in der Praxis im KV-Bereich von den Versicherern verrechneten Leistungen (Bruttoleistungen)	Datenpool (santésuisse)	seit 1997 jährlich und kantonal, ab 1999 auch monatlich und kantonal	nur grobe Unterteilung nach Leistungsarten; ab 1.1.2004 Leistungen im Datenpool unterteilbar nach AL und TL; bis Juni 2004 nur Unterscheidung nach 28 Ärztegruppen; ab Juli 2004 zusätzliche Differenzierung nach 47 Facharztgruppen gemäss FMH
Gesamtkosten der in freien Arztpraxen im KV-Bereich erbrachten Leistungen	Bruttoleistungen im KV-Bereich aufgeteilt nach Kostengruppen (z.B. ambulanter Arztbereich, ambulanter und stationärer Spitalbereich)	Krankenkassendatenbank KKDB (BAG)	seit 1998, jährlich und national	
Veränderung der Einkommen aus der Praxistätigkeit	AHV-pflichtige Bruttoeinkommen (nach Spezialitäten)	Einkommensstudien im Auftrag der FMH	seit 1971/72 bis 1997/98 als Zweijahresperioden; ab 2001 jährlich	ca. 2 Jahre zeitliche Verzögerung der Veröffentlichung; ab 2001 Umstellung auf Gegenwartsbesteuerung
Höhe der kantonalen oder regionalen TPW in der Zeitdimension ab Einführung TARMED	Gültige TPW pro Kanton oder Region	FMH / santésuisse	monatlich und ab Einführung TARMED	

Der Zugang zu diesen Datenquellen ist unterschiedlich geregelt:

- Daten aus dem *Datenpool* der santésuisse sind auf Anfrage grundsätzlich zugänglich, wobei als Einschränkung die VVG-Leistungen nicht enthalten sind und eine Analyse bis auf die Ebene der einzelnen Rechnungssteller verunmöglicht wird. Die Sektion Mathematik und Statistik des BAG erhält den Datenpool gegenwärtig quartalsweise. Die santésuisse bietet zudem die Möglichkeit an, präzise Auswertungen vorzunehmen oder die Interpretation von Auswertungen zu unterstützen.
- Über den Zugang zu Daten aus dem sich im Aufbau befindenden *Tarifpool* der santésuisse können gegenwärtig noch keine Angaben gemacht werden. Im Hinblick auf die Wirkungsanalyse ist die Verwendung des Tarifpools jedoch von entscheidender Bedeutung, da dieser im Gegensatz zum Datenpool eine Analyse der Entwicklung einzelner Leistungen bzw. Tarifpositionen erlaubt.
- Der Zugang zu Daten aus dem *NewIndex* kann nicht garantiert werden. Nach Auskunft von Andreas Haefeli (Präsident G7) stellen die Ärzte Daten aus dem NewIndex auszugsweise zur Verfügung, und grundsätzlich sei es möglich, auch dem BAG Daten zur Verfügung zu stellen. Über die Verwendbarkeit bestimmen die FMH und die kantonalen Ärztesgesellschaften gemeinsam (was vom Inhalt der Fragestellungen abhängen kann). Die Firma Bluecare NewIndex AG kann Auskunft geben darüber, für welche Belange wer Zugang gewähren muss.
- Der Zugang zur *KKDB* ist unproblematisch, da das BAG, Bereich Statistik und Mathematik, selbst Datenproduzent dieser Datenbank ist. Auch die jeweils aktuell gültigen *Taxpunktwerte* sind über die Webseiten der Tarifparteien einfach zugänglich.
- Die im Auftrag der FMH durchgeführten *Einkommensstudien* werden publiziert und sind teilweise auch über das Internet zugänglich.

Nicht durch vorhandene Daten abgedeckt sind die folgenden Inhalte des Wirkungsmodells:

- Die Vorstudie hat gezeigt, dass keine Daten zu den *Ausgaben für den Unterhalt und die Anschaffung von technischen Geräten* vorhanden sind. Aus diesem Grund müssten Angaben dazu in Form einer Primärerhebung erst noch generiert werden. Dies macht aber nur Sinn, falls das Modul 8, in welchem eine solche Primärerhebung skizziert wird, umgesetzt wird.
- Die notwendigen Informationen zu *Strukturanpassungen des Tarifs* sowie *Entscheidungen der Paritätischen Interpretationskommission* lassen sich anhand einer Auswertung angemessener Dokumente beschaffen. Die PIK-Entscheide sind auf der Homepage der TARMED Suisse systematisch aufgeführt. Das Leitungsgremium derselben Stelle ist zuständig für die Tarifstruktur und ist damit erste Informationsquelle bei der Erfassung allenfalls erfolgter Strukturanpassungen. Das Vorgehen für die Erhebung dieser Informationen wird im Modul 4 aufgezeigt.

5.1.3 Modul 3: Transparenz der Leistungserbringung

Zielsetzung

In diesem Modul wird die Wirkung von TARMED auf die Transparenz der Leistungserbringung untersucht. Dabei werden zwei Ziele verfolgt:

- Zum einen soll überprüft werden, ob das explizite Ziel einer Steigerung der Transparenz der Leistungserbringung erreicht wird. Dabei gilt es die verbesserten Kontroll- und Beobachtungsmöglichkeiten, die Art und Weise ihrer Nutzung sowie damit einhergehenden Konsequenzen aufzuzeigen.
- Zum anderen stellen die in diesem Modul erarbeiteten Erkenntnisse zu Veränderungen in den Kontrollmöglichkeiten und -tätigkeiten wichtige Informationen dar, um das Verhalten der Leistungserbringer angemessen interpretieren zu können.

Diese Zielsetzung ist methodisch am besten mit Hilfe einer qualitativen Analyse der Kontrolle der Leistungs- und Kostenentwicklung durch verschiedene Akteure einzulösen. Indem mit dieser Vorgehensweise denkbare Schwierigkeiten oder Probleme identifiziert werden können, welche die Kontrollmöglichkeiten und -tätigkeiten erleichtern oder erschweren, werden im Rahmen dieses Moduls auch Hinweise für eine Verbesserung der Transparenz in der Leistungserbringung angestrebt.

Transparenz der Leistungserbringung

Mit TARMED soll eine grössere Transparenz bei der Leistungserbringung erreicht werden. Die Detailliertheit der Tarifstruktur und der Abrechnungen erlaubt besser als bisher das Nachvollziehen der erbrachten Leistungen. Aufgrund der gesamtschweizerisch gültigen Tarifstruktur liegen insgesamt mehr Informationen vor, was auch die Kontroll- und Vergleichsmöglichkeiten im ambulanten Bereich des Schweizer Gesundheitswesens verbessern sollte. Die wichtigsten Datengrundlagen bilden auf Seiten der Versicherer der Datenpool der *santésuisse*, auf Seiten der Ärzte die *TrustCenter* und der *NewIndex*. Aufgrund der verbesserten Datengrundlage und Vergleichsmöglichkeiten sollte es für die Tarifpartner möglich werden, Leistungsmengendaten zu sammeln und damit das Mengenwachstum nachzuvollziehen, was schliesslich auch ein besseres Verständnis der Kostenentwicklung ermöglicht. Diese Informationen dürften nicht nur für die Vertragsparteien selbst, sondern genauso für die politischen Entscheidungsträger im KVG-Bereich, aber auch für die Wissenschaft und die Öffentlichkeit im allgemeinen von grosser Relevanz sein.

Die mit TARMED angestrebte Transparenz und verbesserten Kontrollmöglichkeiten tangieren die wichtigsten gesundheitspolitischen Akteure in unterschiedlicher Weise:

- Auf Seiten der *Versicherer* wird erwartet, dass TARMED die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrollen erleichtert. Speziell mit der angestrebten elektronischen Übermittlung der Rechnungsdaten werden die Versicherer nicht nur über elektronisch bereits erfasste Rechnungs- und Tarifpositionen verfügen, sondern auch über die Möglichkeit, diese Detaildaten einem internen Benchmarking zu unterziehen. Damit soll es nicht nur einfacher werden, so genannte schwarze Schafe unter den Leistungserbringern zu identifizieren, sondern auch im Zeitvergleich die Leistungsentwicklung und eine allfällige Mengenausweitung zu analysieren. Im Falle einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges würden diese verbesserten Kontrollmöglichkeiten noch zusätzlich an Bedeutung gewinnen.
- Neben der Kontrolltätigkeit durch die Versicherer erfolgt auf Seiten der *Ärztenschaft* über die *TrustCenter* und *NewIndex* eine neue Form der Selbstkontrolle. Die *TrustCenter* sind regionale oder kantonale Sammelstellen für Rechnungsdaten, die aus den Arztpraxen angeliefert werden. Sie nutzen diese Daten primär zu statistischen Zwecken. Zum einen soll damit die Einhaltung der Kostenneutralität überwacht werden, zum anderen wird jeder angeschlossenen Praxis ein detaillierter Spiegel zur Überprüfung der eigenen Tarifierung zur Verfügung gestellt. Der sog. *Praxisspiegel* bietet jeder angeschlossenen Praxis die Möglichkeit für ein Benchmarking mit Praxen aus demselben Fachbereich. Dadurch lässt sich die Anwendung des TARMED mit jener durch Kolleginnen und Kollegen detailliert vergleichen. Auf diese Weise kann jede Praxis frühzeitig eine allenfalls vom Durchschnitt abweichende Position erkennen und Korrekturen einleiten. Durch die *TrustCenter* verfügt die *Ärztenschaft* über eine Datengrundlage, die es erlaubt, auf der Ebene der Leistungspositionen Veränderungen festzustellen. Mit diesem Instrument will sich die *Ärztenschaft* vor allem im Hinblick auf die Einhaltung der Kostenneutralität selbst disziplinieren und kontrollieren, um allfällige schmerzhaftes Taxipunktwertabsenkungen zu vermeiden.
- Mit TARMED besteht auch im Bereich der *Spitäler* die Möglichkeit zu einer detaillierten Leistungserfassung. Damit wird die Kostentransparenz innerhalb der Spitäler insgesamt zunehmen. In diesem Zusammenhang wird seitens der H+ Die Spitäler der Schweiz eine virtuelle Mengenausweitung erwartet, da auf der Grundlage von TARMED nun alle erbrachten Leistungen umfassend erfasst werden. Als Folge davon wird ein Kostenschub im KVG-Bereich erwartet, während die Kantone finanziell entlastet werden, weil vor Einführung der neuen Tarifstruktur die nicht erfassten Leistungen vor allem über den stationären Bereich verrechnet wurden. Auf Seiten der Spitäler besteht

jedoch keine vergleichbare, übergreifende Form der Selbstkontrolle wie bei der Ärzteschaft in Form der TrustCenter und NewIndex. Der Verband H+Die Spitäler der Schweiz erfasst selber nicht systematisch Daten. Auch die Kantone verzichten zum Teil auf eine Leistungserfassung und überlassen diese den Spitalern. Dabei wirkt auch die zunehmende Verselbständigung der Spitäler nach, wodurch die Kontrollmöglichkeiten insgesamt abgenommen haben.

Problembeschreibung und Evaluationsfragen

TARMED bildet in seiner Eigenschaft als gesamtschweizerisch gültiger Einzelleistungskatalog lediglich eine wesentliche Grundlage und Voraussetzung zur Verbesserung der Transparenz. Inwiefern sich die Transparenz der Leistungserbringung aber effektiv verändert und damit auch das Wissen über die Leistungs- und Kostentwicklung erhöht, hängt letztlich vor allem von der Art und Weise der Anwendung des neuen Tarifs durch die Tarifparteien ab:

- Die Inkraftsetzung von TARMED bringt nicht automatisch eine Steigerung der Transparenz, sondern es müssen weitere v.a. prozessuale Voraussetzungen implementiert sein. Zu denken ist diesem Zusammenhang etwa an eine funktionierende elektronische Rechnungsstellung, die Angabe von Diagnosecodes, die Zugänglichkeit zu den detaillierteren Leistungs- und Kostendaten, die Notwendigkeit genügender personeller Ressourcen und anderes mehr.
- Eine Verbesserung der Transparenz der Leistungserbringung generiert für sich allein nur einen geringen Mehrwert, wenn die zur Verfügung stehenden (zusätzlichen) Erkenntnisse über die Leistungs- und Kostenentwicklung nicht auch absichtsvoll genutzt werden. Aus diesem Grund wird die Wirkungsanalyse auch zu überprüfen haben, von wem die neuen Kontroll- und Beobachtungsmöglichkeiten wie und mit welchen Konsequenzen auch effektiv genutzt werden.

Angesichts dieser Überlegungen stehen in diesem Modul folgende Evaluationsfragen im Vordergrund:

- In welchem Ausmass und wie verbessert TARMED die Datengrundlage und Kontrollmöglichkeiten der Leistungs- und Kostenentwicklung? Welche Akteure haben Zugang zu den verbesserten Informationen über die Leistungs- und Kostenentwicklung?
- Welche prozessualen Voraussetzungen bedingen eine Verbesserung der Transparenz? Inwieweit sind diese implementiert? Welche Faktoren behindern eine Verbesserung der Transparenz, weshalb und mit welchen Konsequenzen?
- In welchem Ausmass und wie verändern sich die Kontrolltätigkeiten der gesundheitspolitischen Akteure unter TARMED? Wie, von wem und mit welchen Konsequenzen werden die verbesserten Datengrundlagen und Kontrollmöglichkeiten auch wirklich genutzt bzw. warum nicht?

Methodisches Vorgehen

Wie eingangs erwähnt stehen bei der Bearbeitung dieses Moduls qualitative Analyseverfahren im Vordergrund.

- Mittels *Dokumenten-* und *Inhaltsanalysen* werden in einem ersten Schritt die im Zusammenhang mit Thema Transparenz relevanten schriftlichen Unterlagen ausgewertet. Dazu zählen hauptsächlich die Vertragsdokumente zu TARMED, welche vor allem über relevante prozessuale Vereinbarungen informieren, daneben aber auch schriftliche Unterlagen der Tarifparteien und weiterer gesundheitspolitischer Akteure, die eine multiperspektivische Einschätzung der Situation erlauben und Hinweise auf Problemfelder im Zusammenhang mit dem Thema Transparenz liefern.
- In einem zweiten Schritt sollten mit ausgewählten Vertretern der Tarifparteien und weiterer wichtiger Akteure im Gesundheitswesen (v.a. BAG, GDK, ev. Preisüberwachung) *leitfadengestützte Ex-*

perteninterviews durchgeführt werden, um auf einzelne thematische Aspekte und Problemfelder vertieft eingehen und weitere Bedingungsfaktoren zur Steigerung der Transparenz identifizieren zu können.

Die Informationen zur Kontrolltätigkeit verschiedener Akteure lassen sich nur teilweise im Rahmen der Experteninterviews sammeln. Möglich wird dies beispielsweise sein für das BAG, die Preisüberwachung, die GDK und die Vertragsparteien (FMH, santésuisse, H+). Falls zusätzlich die Wirkung von TARMED auf die Kontrolltätigkeiten der Kantone und der einzelnen Krankenversicherer untersucht werden soll, könnten in diesen beiden Fällen *standardisierte, schriftliche Befragungen* (Vollerhebung) die notwendigen Daten liefern.

5.1.4 Modul 4: Prozessevaluation der Tarifpflege

Zielsetzung

In diesem Modul wird die Umsetzung der Tarifpflege von TARMED evaluiert. Mit Blick auf die Wirkungsanalyse wird damit eine doppelte Zielsetzung verfolgt:

- Erstens soll die Prozessevaluation aufzeigen, ob und wie gut die Pflege der Tarifstruktur TARMED funktioniert. Eine grosse Schwäche der vorgängigen und nun durch TARMED abgelösten Tarife bestand gerade darin, dass sie kaum gepflegt wurden und dadurch immer weniger dem aktuellen Stand der medizinischen Entwicklung entsprachen. Dieser Misstand war eine der Hauptursachen für die Lancierung des GRAT-Projekts im Jahre 1986.
- Zweitens werden im Rahmen dieses Moduls wichtige Informationen zum Output der Tarifpflege gesammelt und bereitgestellt, welche die Wirkungsweise von TARMED direkt verändern können und damit auch für die Bearbeitung weiterer Fragestellungen relevant sind (z.B. Einkommens- und Kostenentwicklung; Einkommensentwicklung).

Dieses Modul stützt sich hauptsächlich auf qualitative Analyseverfahren unter Zuhilfenahme ausgewählter statistischer Kennzahlen. Die Erkenntnisse aus diesem Modul sind wichtig, damit die quantitativen Analysen aus anderen Modulen angemessen interpretiert werden können. Gleichzeitig können die Resultate aus diesem Modul auch Hinweise liefern für eine Verbesserung der Anwendung und Umsetzung der Tarifstruktur.

Tarifpflege

Die Tarifparteien beabsichtigen eine laufende *Pflege* und *Weiterentwicklung* der Tarifstruktur TARMED. Im Vordergrund stehen dabei Anpassungen bestehender Leistungspositionen, die Aufnahme neuer Leistungspositionen sowie die Überarbeitung und laufende Verbesserung der Berechnungsgrundlagen. Zuständig für diese Pflege und Weiterentwicklung ist die Gesellschaft TARMED Suisse, die von den Leistungserbringern (FMH, H+) und den Kostenträgern (santésuisse, MTK/MV/IV) getragen wird. Mit der Gründung von TARMED Suisse gingen sämtliche Rechte an TARMED an diese Gesellschaft über. Die strategische Führung der Gesellschaft obliegt einem Leitungsgremium, dem acht Personen angehören (je zwei Vertreter von H+, FMH und santésuisse sowie zwei Vertreter MTK/IV/MV). Die GDK ist im Leitungsgremium mit zwei Vertretern mit Beobachterstatus präsent und berechtigt, Anträge zur Traktandenliste zu stellen. Das Leitungsgremium entscheidet über sämtliche Anträge der Partnerorganisationen sowie über die dringlichen Anträge auf Änderung der Tarifstruktur, die im Rahmen der Kostenneutralität vom Kostenneutralitätsbüro an TARMED Suisse gestellt werden. Bei der Beschlussfassung verfügen die Organisationen H+, FMH, santésuisse sowie die Vertretung von MTK/IV/MV über je eine Stimme. Für Beschlüsse im Leitungsgremium ist Einstimmigkeit erforderlich. Aufgrund der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur müssen sämtliche Tarifänderungen dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt werden.

Für zwei Spezialaufgaben wurden der TARMED Suisse zwei Kommissionen angegliedert:

- Zur Sicherstellung einer gemeinsamen und einheitlichen *Interpretation* der einzelnen Positionen der Tarifstruktur wurde der TARMED Suisse die Paritätische Interpretationskommission (PIK) angegliedert, die für die Auslegung von Interpretationen der Tarifpositionen zuständig ist. Die PIK wird tätig, wenn die Anwendung der Tarifstruktur Anlass zu Missverständnissen gibt oder wenn unklar ist, welche Bedeutung eine Interpretation hat. Als Interpretationen gelten die Auslegungen einer in der Tarifstruktur enthaltenen Position, die Anwendungsregeln sowie allgemeine Bestimmungen und Erläuterungen. Die Entscheide der PIK sind für alle Anwender von TARMED verbindlich. Sie setzt sich zusammen aus vier Vertretern der Versicherer und vier Vertretern der Leistungserbringer. Die GDK ist im Beobachterstatus vertreten.
- Die Überwachung und Kontrolle der Datenbanken *Dignität* und *Sparten* wird durch die Paritätische Kommission Datenbanken Dignität und Sparten TARMED (PaKoDig) wahrgenommen.

Problembeschreibung und Evaluationsfragen

Es besteht die Befürchtung, dass der neue Arzttarif – zumindest in der Einführungsphase – nicht angemessen gepflegt und weiterentwickelt werden kann. Folgende denkbaren Problemfelder lassen sich bereits zum jetzigen Zeitpunkt benennen:

- TARMED ist ein äusserst komplexes Tarifwerk, das nur mit einer entsprechenden Software gepflegt werden kann. Diese technische Voraussetzung ist nach unserem Kenntnisstand zur Zeit noch nicht gegeben.
- Auch braucht es zur Tarifpflege eine Anleitung, wie Tarifierpassungen technisch vorzunehmen sind. Diese Unterlagen, die sog. «Master-Dokumentation» der SUVA, lagen der Geschäftsstelle der TARMED Suisse im Frühjahr 2004 noch nicht vor.
- Ebenfalls werden genügend personelle Ressourcen zur Tarifpflege benötigt, um die Anträge auf Tarifänderungen abzuarbeiten. Seit dem Sommer 2004 wird die Stelle des Geschäftsstellenleiters aber als vakant gemeldet.
- Die vertraglich festgelegte Vorgehensweise bei Anpassungen der Tarifstruktur lässt vermuten, dass die Tarifpflege insgesamt schwerfällig und politisiert ist. Zum einen müssen sämtliche Strukturanpassungen vom Bundesrat bewilligt werden. Zum anderen stellt sich mit Blick auf das innerhalb des Leitungsgremiums der TARMED Suisse geltende Einstimmigkeitsprinzip bei Strukturanpassungen aus einer prozessorientierten Perspektive das Problem der kollektiven Handlungsfähigkeit. Die unterschiedlichen Rollen und Funktionen der im Leitungsgremium vertretenen Tarifpartner haben aus nahe liegenden Gründen unterschiedliche Handlungsorientierungen und Präferenzen zur Folge, wenn Verhandlungen über konkrete Tarifierpassungen zu führen sind. Die Vetomöglichkeit jedes einzelnen Akteurs kann demnach im Fall von akuten Interessenkonflikten zu einer Blockierung dringend notwendiger Tarifierpassungen führen mit ungeahnten Konsequenzen für die davon letztlich betroffenen Akteure.
- Im Falle einer unzureichenden Organisation und Durchführung der Tarifpflege besteht die Gefahr, dass Tarifierpassungen, die eigentlich eine Strukturanpassung verlangten, über Kanäle vorgenommen werden, die dafür nicht vorgesehen sind, z.B. über Uminterpretationen der Anwendungsregeln oder gar über Taxpunktwertanpassungen entsprechend der kantonalen Kostenentwicklungen.

Mit Blick auf diese potentiellen Problemfelder sind in diesem Modul – neben weiteren, erst später spezifizierbaren – vor allem folgende Fragen zu klären:

- Welche Möglichkeiten gibt es zur Tarifpflege und von wem werden sie wie genutzt?

- Wie und mit welchem Erfolg setzt die Gesellschaft TARMED Suisse die ihr übertragenen Aufgaben um?
- Inwieweit sind die TARMED Suisse bzw. die darin agierenden Akteure in der Lage, die Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstruktur angemessen wahrzunehmen?
- Bewähren sich die vorgesehenen Entscheidungsmechanismen?
- Welche Strukturanpassungen und Uminterpretationen der Anwendung von Tarifpositionen (Outputs) wurden im Untersuchungszeitraum beschlossen?

Methodisches Vorgehen

Bei der Umsetzung dieses Moduls kommt ein qualitativer Forschungsansatz zur Anwendung, der eine offene und iterative Herangehensweise nahe legt. Methodisch sollten zwei sich ergänzende, qualitative Erhebungsverfahren eingesetzt werden:

- In einem ersten Schritt gilt es mit Hilfe einer *Dokumenten-* und *Inhaltsanalyse* die für die Tarifpflege relevanten schriftlichen Unterlagen auszuwerten. Im Vordergrund stehen dabei vor allem Dokumente, welche die Struktur, Organisation sowie die formellen Spielregeln und Zuständigkeiten im Bereich der Tarifpflege festhalten. Daneben interessieren aber auch Dokumente, die über den Prozess der Tarifpflege (z.B. Sitzungsprotokolle), die gestellten Anträge und gefassten Entscheidungen (Output) im Bereich der Tarifpflege informieren.
- Daran anschliessend werden mit den Personen aus der Geschäftsstelle der TARMED Suisse zum einen sowie mit Mitgliedern des Leitungsgremiums und der Spezialkommissionen vertiefte, *leitfadengestützte Experteninterviews* geführt. Diese Gespräche werden es erlauben, die Funktionsweise und damit einhergehende Probleme der Tarifpflege aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten, noch nicht erkannte Schwierigkeiten zu identifizieren und die informellen Aspekte der Tarifpflege zu erfassen.

Während die Erkenntnisse über die Funktionsweise der Tarifpflege in die Gesamtbeurteilung der Einführung von TARMED (Modul 12) einfließen, stellen speziell die Informationen zu den Outputs wichtiges Zusatzwissen bereit, um die in anderen Modulen zu analysierenden Auswirkungen von TARMED im Längsvergleich angemessen interpretieren zu können.

5.1.5 Modul 5: Evaluation der Umsetzung der Vereinbarung zur Kostenneutralität

Zielsetzung

Dieses Modul evaluiert den Prozess der Umsetzung der Kostenneutralitätsvorgabe, wobei zwei Zielsetzungen verfolgt werden:

- Zum einen stellt die kostenneutrale Einführung von TARMED ein explizites Ziel dar, dessen Erreichung empirisch zu überprüfen ist.
- Zum anderen stellen die Erkenntnisse über die Funktionsweise der Kostenneutralitätskontrolle und allfällige Umsetzungsschwierigkeiten wichtige Informationen dar hinsichtlich der Interpretation der Kostenentwicklung seit der Einführung von TARMED.

Auch dieses Modul verwendet in erster Linie qualitative Analyseverfahren, ergänzt durch verschiedene statistische Kennzahlen.

Vereinbarung zur Kostenneutralität

Die Vertragsparteien (santésuisse, FMH, H+) haben sich zu einer kostenneutralen Einführung von TARMED im KVG-Bereich verpflichtet.²⁸ Sie sorgen deshalb für die Bestimmung kostenneutraler Start-Taxpunktswerte (S-TPW) pro Kanton/Region je getrennt für die einzelnen drei Leistungserbringerbereiche. Während einer 18-monatigen Einführungsphase kontrollieren sie die finanziellen Auswirkungen des neuen Arzttarifs. Zuständig und verantwortlich für die Analyse der Auswirkungen von TARMED auf die Kostenneutralität sowie allfällige Korrekturmassnahmen ist ein sog. Kostenneutralitätsbüro. Seine Entscheidungen sind für alle Vertragsparteien verbindlich, wobei die davon betroffenen kantonalen Vertragsparteien im Voraus angehört werden müssen.

Das KN-Büro setzt sich zusammen aus je zwei Vertretern der drei erwähnten Vertragsparteien sowie zwei Personen der GDK mit Beobachterstatus. Allenfalls können auch Vertreter der Preisüberwachung und des BAG als Beobachter an Sitzungen des KN-Büros teilnehmen. Die drei Vertragsparteien verfügen innerhalb des KN-Büros über je eine Stimme. Bei einer Verletzung der Kostenneutralität erfolgt eine Anpassung des kantonalen TPW. 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. Innerhalb einer vorgegebenen Korrekturbandbreite müssen Anpassungen von TPW nicht den Kantonsregierungen zur Bewilligung vorgelegt werden. Falls die Kostenneutralität aufgrund tarifstruktureller Probleme beeinträchtigt wird, kann ein dringlich zu behandelnder Antrag an die TARMED Suisse zur Strukturanpassung gestellt werden, wobei es zu beachten gilt, dass solche Strukturanpassungen gesamtschweizerisch gültig werden und deshalb vom Bundesrat zu genehmigen sind. Entscheidungen im Zusammenhang mit Anträgen zur Anpassung der Tarifstruktur an die TARMED Suisse bedürfen im KN-Büro der Einstimmigkeit.

Problembeschreibung und Evaluationsfragen

Die Kontrolle der Kostenneutralität wie auch das Ergreifen allfälliger Korrekturmassnahmen ist aufgrund der Komplexität des Tarifwerks sowie zahlreicher externer intervenierender Faktoren ein äusserst anspruchsvolles Unterfangen, das mit zahlreichen Unsicherheiten und Problemlagen konfrontiert sein kann. Die Tarifparteien halten in der Vereinbarung zur Kostenneutralität selbst fest, dass diese nicht alle Punkte und Eventualitäten detailliert regelt. Zum jetzigen Zeitpunkt lassen sich vor allem folgende Unsicherheitsaspekte aufzeigen:

- Es ist nicht auszuschliessen, dass gewisse technische Probleme erst im Verlaufe der Umsetzung der Kostenneutralitätsphase erkannt werden. Stehen zum Beispiel die zur Kontrolle notwendigen Daten und Statistiken rechtzeitig zur Verfügung und sind sie von ausreichender Qualität? Welche Auswirkungen haben Rechnungsverzögerungen im Rahmen der Umstellung auf TARMED auf die Kontrolle der Kostenneutralität und das Ergreifen von Korrekturmassnahmen? Und können die Auswirkungen von TARMED in genügender Qualität von zahlreichen externen Faktoren isoliert werden?
- Wie bei der Tarifpflege stellt sich auch beim Kostenneutralitätsbüro die Frage nach der kollektiven Handlungsfähigkeit. Inwieweit kommt es zwischen den Tarifparteien zu Interpretations- und Meinungsverschiedenheiten im Rahmen der partnerschaftlichen Kontrolltätigkeit? Ist das KN-Büro aufgrund des Einstimmigkeitsprinzips überhaupt in der Lage oder willens, notwendige, evtl. massive TPW-Anpassungen vorzunehmen? Wie transparent und für Aussenstehende nachvollziehbar sind allfällige TPW-Korrekturen? Wie sieht das Szenario aus, falls sich die Parteien nicht einigen können?

Methodisches Vorgehen

Antworten auf die oben formulierten Fragen lassen sich anhand des Einsatzes qualitativer Verfahren finden. Auch hier gilt es zuerst, mittels *Dokumenten-* und *Inhaltsanalysen* die vorhandenen und zugänglichen schriftlichen Unterlagen auszuwerten, die vor allem über die Organisation, Struktur sowie die

28 Vgl. dazu sowie zu den weiteren Ausführungen die Vereinbarung zur Kostenneutralität zwischen den Vertragspartnern vom 5. Juni 2002, Anhang 2 des Rahmenvertrages TARMED.

formellen Spielregeln und Zuständigkeiten im Zusammenhang mit der Kontrolle der Kostenneutralität informieren. Als Ergänzung hierzu werden mit den Mitgliedern des Kostenneutralitätsbüros *leitfadengestützte Experteninterviews* durchgeführt, um auf einzelne Problemfelder vertieft eingehen und noch nicht erkannte identifizieren zu können. Die Gespräche werden es aber auch erlauben, den Prozess der Kostenneutralitätskontrolle aus unterschiedlichen Perspektiven zu rekonstruieren und den Grad der Zielerreichung einschätzen zu können.

5.1.6 Modul 6: Leistungs- und Kostenentwicklung in den öffentlichen und privaten Spitälern; Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen den Leistungserbringergruppen

Zielsetzung und Fragestellung

Dieses Modul analysiert die Wirkung von TARMED auf die Entwicklung der in den öffentlichen und privaten Spitälern erbrachten ambulanten KV-Leistungen und die damit einhergehenden Kosten. Unter Verwendung der empirischen Resultate aus dem Modul 2 (Leistungs- und Kostenentwicklung in den freien Arztpraxen) lassen sich daran anschliessend Analysen über Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen den Leistungserbringergruppen durchführen. Die zentralen Fragestellungen des Moduls lauten:

- *Welche Auswirkungen hat TARMED auf die Leistungs- und Kostenentwicklung von erbrachten ambulanten technischen und ärztlichen KV-Leistungen im Spitalbereich?*
- *Wie entwickeln sich die ambulanten KV-Leistungen der Leistungserbringergruppen im Vergleich? Kommt es zu Leistungsverschiebungen zwischen diesen Gruppen und in welche Richtung?*

Diese Fragestellungen lassen sich anhand statistischer Analysen quantitativer Daten bearbeiten. Die Analysen der Auswirkungen von TARMED auf die Leistungs- und Kostenentwicklung in den *öffentlichen* und *privaten* Spitälern sind allerdings – soweit als möglich – getrennt durchzuführen, da in diesen beiden Leistungserbringergruppen aufgrund unterschiedlicher Ausgangslagen eine teilweise andere Wirkungsweise von TARMED vermutet wird. So sind die Privatspitäler im Gegensatz zu den öffentlichen Spitälern, die einen medizinischen Versorgungsauftrag zu erfüllen haben, stärker gezwungen, die Leistungserbringung nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu selektionieren. Auch aus diesem Grund ist die angebotene Leistungspalette in den Privatspitälern in der Regel kleiner und spezialisierter als in den öffentlichen Spitälern. Daneben spricht aber auch der Umstand für eine getrennte Betrachtungsweise, dass für die öffentlichen und privaten Spitäler häufig unterschiedliche kantonale oder regionale Taxpunktwerte gelten und damit identische Leistungen unterschiedlich entschädigt werden.

Vermutete Wirkungszusammenhänge

Die Wirkungsweise von TARMED auf die Leistungs- und Kostenentwicklung im Spitalbereich wird wie folgt vermutet:

- In seiner Eigenschaft als Einzelleitungskatalog könnte TARMED auch im Spitalbereich zu einer kontinuierlichen Mengenausweitung führen. Seitens des Spitalverbandes H+ wird insgesamt eine *virtuelle Mengenausweitung* vermutet, indem auf der Grundlage der detaillierten Tarifstruktur die erbrachten Leistungen detaillierter und besser als vor TARMED erfasst und abgerechnet werden können.
- Es wird vermutet, dass sich die *Neubewertung der ärztlichen und technischen Leistungen* in den Privatspitälern stärker auswirkt als in den öffentlichen Spitälern. So haben die öffentlichen Spitäler einen öffentlichen Versorgungsauftrag, der es nicht erlaubt, minder entschädigte technische Leistungen nicht mehr anzubieten. Deshalb kann es auch sein, dass bestimmte technische Leistungen, die aufgrund ökonomischer Überlegungen in den freien Arztpraxen oder in Privatspitälern nicht mehr erbracht werden, in öffentliche (Zentrums-)Spitäler verlagert werden. Anders als die öffentlichen haben sich die privaten Spitäler in der Vergangenheit gerade auf die gut entschädigten Leistungen konzentriert. Eine Kompensation durch vermehrte Erbringung besser entschädigter ärztlicher Leistungen ist aber nur bedingt möglich, da in vielen Privatspitälern ambulante Eingriffe durch Belegärzte

vorgenommen werden, welche die damit verbundenen Konsultationen in der Arztpraxis vornehmen und deshalb privat verrechnen.

- Wie bei den privaten Arztpraxen (vgl. Modul 2) gilt es bei der Analyse der Auswirkungen von TARMED auf die Leistungs- und Kostenentwicklung *Veränderungen in der Struktur oder Interpretation des Tarifs* (Tarifpflege) zu berücksichtigen. Gleiches gilt für die kantonal oder regional wirksamen *Taxpunktwertanpassungen*.
- Als zu berücksichtigende *externe Faktoren* sind ebenfalls neben dem allgemeinen politischen, wirtschaftlichen und sozialen Kontext speziell die drei in der Vereinbarung über die Kostenneutralität festgehaltenen Korrekturfaktoren zu nennen.
- TARMED kann aber nicht nur die ambulante, sondern indirekt auch die *stationäre Leistungsentwicklung* im Spitalbereich beeinflussen. Aus rein ökonomischer Sicht setzt die Minderbewertung technischer Leistungen einen Anreiz, diese wenn immer möglich anstatt ambulant im stationären Bereich zu erbringen. Eine solche (unbeabsichtigte) Verlagerung in den kostspieligeren stationären Bereich könnte zu einer Kostenverlagerung zulasten der Kantone führen, da diese zur Hälfte die Kosten von stationär erbrachten KV-Leistungen tragen. Aus medizinischer Sicht sprechen allerdings einige Gründe gegen eine solche Verlagerung: Es ist sehr schwierig, einen Patienten stationär zu behandeln, wenn dieser weiss, dass der Eingriff auch ambulant durchgeführt werden kann. Zudem verläuft der Trend aufgrund der technologischen Entwicklung eher in die umgekehrte Richtung.
- Schliesslich gibt es auch mehrere Vermutungen darüber, dass es zu *Verschiebungen der Leistungserbringung zwischen dem Praxisbereich, den öffentlichen Spitälern und den Privatspitälern* kommt. Insgesamt wird vermutet, dass die öffentlichen Spitäler mehr Leistungen, die Privatspitäler und Arztpraxen weniger Leistungen erbringen werden. Besonders vermutet wird eine Umverteilung im Bereich der tageschirurgischen Leistungen von den Privatspitälern zu den öffentlichen Spitälern. Diese Verlagerung kann von Kanton zu Kanton unterschiedlich sein und in erster Linie vom Preisverhältnis zwischen den stationären und ambulanten Leistungen abhängen. Die Vermutung ist, dass Privatspitäler Leistungen mit einer für sie unattraktiven Gewinnmarge nicht mehr anbieten. Grundsätzlich ist aber auch denkbar, dass die Privatspitäler neue Leistungsgebiete entdecken und dort die öffentlichen Spitäler stärker konkurrenzieren werden. Es ist auch denkbar, dass ein Teil der Leistungserbringung von den privaten Arztpraxen in die öffentlichen Spitäler verschoben wird. Dafür sprechen vor allem die tieferen Margen für technische Leistungen. Vermutet wird aber auch eine Verschiebung von den Spitälern zu den Arztpraxen, und zwar aufgrund der tieferen Taxpunktwerte im Praxisbereich. Allerdings überschneiden sich die Leistungsangebote von Arztpraxen und Spitälern nur geringfügig (tageschirurgische Leistungen werden primär in den Spitälern erbracht), weshalb es kaum zu grösseren Änderungen in den Patientenströmen kommen dürfte.

Untersuchungsanlage

Dieses Modul setzt die drei Vergleichsdimensionen wie folgt um:

- Der *Soll-Ist-Vergleich* untersucht, ob das explizite Ziel einer Aufwertung der ärztlichen gegenüber den technischen Leistungen im Spitalbereich die beabsichtigte Wirkung erzielt. Daneben werden aber auch die nicht beabsichtigten Wirkungen erfasst, wobei hier speziell die diversen denkbaren Verlagerungsströme in der Leistungserbringung empirisch untersucht werden (Verlagerung ambulant-stationär; Verlagerung Praxisbereich-öffentliche Spitäler-Privatspitäler).
- Der *Längsvergleich* untersucht analog zu Modul 2 die Leistungs- und Kostenentwicklung insgesamt, pro Kanton und pro Spitalbereich in der Zeitdimension. Eine Differenzierung nach ärztlichen und technischen Leistungen oder gar nach Tarifpositionen kann auch im Spitalbereich erst ab Einführung von TARMED vorgenommen werden. Hingegen lässt sich mit Hilfe des Datenpools die Entwicklung der ambulanten und stationären Leistungen über die Zeit ab 1997 jährlich und ab 1999 auch monatlich beobachten. Wie im Modul 2 gilt es auch im Spitalbereich die praktischen Einführungsprobleme,

stattgefundene Vorholeffekte sowie das Ende der Kostenneutralitätsphase besonders aufmerksam zu beobachten.

- Der *Querschnitt* kommt beim kantonalen Vergleich der Leistungs- und Kostenentwicklung im Spitalbereich, im Vergleich zwischen den öffentlichen und privaten Spitälern sowie im Vergleich zwischen den Leistungsarten (ärztlich-technisch, ambulant-stationär, ev. ausgewählte Tarifpositionen) zur Anwendung. Beim Kantonsvergleich im Längsschnitt ist der Umstand vorteilhaft, dass der vor TARMED gültige Spitalleistungskatalog eine gesamtschweizerisch einheitliche Struktur aufweist und weitestgehend angewandt wurde, so dass die Einführung des neuen Arzttarifs in fast allen Kantonen die Tarifsituation gleichermassen verändert. Erschwerend kommt im Quervergleich aber hinzu, dass der Datenpool nicht explizit zwischen öffentlichen und privaten Spitälern unterscheidet. Diese beiden Typen sind aber immerhin voneinander trenn- und neu gruppierbar.

Operationalisierung, Datenlage und Datenerhebung

Die Fragestellung dieses Moduls lässt sich weitgehend mittels bereits bestehender Daten bearbeiten. Die nachfolgende Tabelle bezeichnet die hierfür relevanten Sekundärdaten entlang der interessierenden Variablen.

Tabelle 12: Übersicht über vorhandene Sekundärdaten und Datenquellen (Modul 6)

Variable	Vorhandene Daten	Datenquellen	Zeit & Regionalisierung	Kommentare
Menge und Art der in den öffentlichen und privaten Spitälern im KV-Bereich ambulant erbrachten Leistungen	Mengen der in den Spitälern im KV-Bereich erbrachten und von den Versicherern verrechneten ambulanten Leistungen	Datenpool	seit 1997 jährlich und kantonal, ab 1999 auch monatlich und kantonal	Unterscheidung nach medizinischen Abteilungen; ab 1.1.2004 Leistungen im Datenpool unterteilbar nach AL und TL
	Gesamt mengen der in den Spitälern im KV-Bereich erbrachten und von den Versicherern verrechneten ambulanten Leistungen, unterteilt nach ärztlichen und technischen Leistungen	Tarifpool (santésuisse)	ab 1.1.2004, auch monatlich und kantonal	Abgrenzung ambulant / (teil-)stationär problematisch
Menge der in den öffentlichen und privaten Spitälern stationär erbrachten Leistungen	Mengen der in den Spitälern im KV-Bereich erbrachten und von den Versicherern verrechneten stationären Leistungen	Datenpool (santésuisse) / (KKDB)	seit 1997 jährlich und kantonal, ab 1999 auch monatlich und kantonal	keine explizite Unterscheidung nach öffentlichen und privaten Spitälern
	Gesamt mengen der in den Spitälern im KV-Bereich erbrachten und von den Versicherern verrechneten ambulanten Leistungen, unterteilt nach ärztlichen und technischen Leistungen	Tarifpool (santésuisse)	ab 1.1.2004, auch monatlich und kantonal	Abgrenzung ambulant / (teil-)stationär problematisch
	Gesamtentwicklungen an Leistungen im stationären und teilstationären Bereich für private und öffentliche Spitäler	medizinische Statistik der Krankenhäuser (BfS)	ab 1998 jährliche Erhebung; ab 1999 auch kantonal	keine vergleichbaren Daten für ambulante Leistungen
Gesamtkosten im Praxisbereich für nach KV erbrachte Leistungen; Gesamtkosten im ambulanten und stationären Spitalbereich für nach KV erbrachte Leistungen; Gesamtkosten im KV-Bereich für erbrachte Leistungen	Bruttoleistungen im KV-Bereich aufgeteilt nach Kostengruppen	KKDB	seit 1996, jährlich und national	
Höhe der kantonalen oder regionalen TPW in der Zeitdimension ab Einführung TARMED	Gültige TPW pro Kanton oder Region für öffentliche Spitäler und Privatspitäler	H+/santésuisse	monatlich und ab Einführung	

Der Zugang zu den Datenbeständen der santésuisse ist im Modul 2 beschrieben, jener zur medizinischen Statistik der Krankenhäuser (BfS) unproblematisch.

Die auch für dieses Modul wichtigen Informationen im Zusammenhang mit der Tarifpflege werden im Modul 4 gesammelt und bereitgestellt. Die für diese Fragestellung relevanten externen Faktoren sind im Zuge der Wirkungsanalyse erst noch zu spezifizieren und zu operationalisieren, bevor angemessene Datenbestände identifiziert werden können.

Die möglichen Leistungsverschiebungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie zwischen öffentlichen und privaten Spitälern lassen sich vermutlich nur begrenzt auf der Basis des Datenpools analysieren. Falls bei der Durchführung der Wirkungsanalyse kein Zugang zu Daten aus dem Tarifpool und/oder dem NewIndex besteht, sind als Ergänzung *Experteninterviews* oder eine *standardisierte schriftliche Befragung* bei den Spitälern über Veränderungen im Leistungsangebot der ambulanten und stationären Abteilungen in Betracht zu ziehen.

5.1.7 Modul 7: Entwicklung der Einkommenssituation der Facharztgruppen

Zielsetzung und Fragestellung

Dieses Modul untersucht die Wirkung von TARMED auf die Entwicklung der Einkommenssituation der verschiedenen Facharztgruppen. Die zentrale Fragestellung lautet dabei:

→ *Welche Auswirkungen hat TARMED auf die Entwicklung der Einkommen der Facharztgruppen?*

Die Bearbeitung dieser Fragestellung erfolgt in erster Linie mittels statistischer Analysen quantitativer Daten über die Einkommensentwicklung.

Vermutete Wirkungszusammenhänge

TARMED brachte eine Neugewichtung von sogenannten technischen und intellektuellen Leistungen mit sich. Damit war von Seiten der Tarifpartner auch das politische Ziel verbunden, bestehende Einkommensunterschiede zwischen Facharztgruppen zu verringern. Es muss deshalb ein wichtiger Bestandteil der Evaluation sein, zu überprüfen, ob sich die neubewerteten Tarifpositionen auch in den Einkommen der Ärzte niederschlagen. Die mit Blick auf die Einkommensentwicklung relevanten Wirkungszusammenhänge lassen sich wie folgt umschreiben:

- Wenn die Ärzte – was grundsätzlich zu erwarten wäre – sich *kontinuierlich verhalten* und unter dem Regime von TARMED dieselben Leistungen erbringen wie vor dessen Inkraftsetzung, müsste die Einführung der neuen Tarifstruktur die Einkommenssituation in den verschiedenen Facharztgruppen unterschiedlich beeinflussen: Die Einkommen von Facharztgruppen, die wenige technische Leistungen erbringen (z.B. Allgemeinpraktiker, Kinderpsychologen), sollten tendenziell steigen, die Einkommen von Ärzten, die in einem hohen Mass technische Geräteinfrastrukturen benötigen (z.B. Radiologen), tendenziell sinken.
- Daneben steht aber auch die Vermutung im Raum, dass sich die Einkommen nur in geringem Masse verändern oder gar eine Angleichung nach oben erfolgt, da Ärzte mit zu erwartenden Einkommensverlusten *Kompensationsstrategien* entwickeln könnten, um Einkommenseinbussen zu verhindern. Dabei sind vor allem zwei Verhaltensweisen vorstellbar, die auch in Kombination auftreten können:
 - Zum einen können die Ärzte die Art und Weise der Leistungserbringung verändern. Entweder können sie die erbrachte Leistungsmenge ausweiten oder sie kompensieren drohende Einkommensverluste, indem sie wenn immer möglich die unter TARMED besser abgoltene Leistungen erbringen. Aufgrund dieses engen Zusammenhangs zwischen Einkommens- und Leistungsentwicklung, sind Daten zur Leistungsentwicklung pro Facharztgruppe im Zeitvergleich in die Untersuchung einzubeziehen.

- Zum anderen ist denkbar, dass Facharztgruppen, die unter TARMED eine Einkommenseinbusse zu befürchten haben, auf Korrekturen der Tarifstruktur selbst oder zumindest auf die Einkommen korrigierende Interpretationen hinwirken können. Der aktuell bekannteste Fall in diesem Zusammenhang sind die Notmassnahmen im Bereich der Radiologie.
- Ferner ist der direkte Einfluss von *Taxpunktwertkorrekturen* auf die Einkommen zu berücksichtigen. Da eine Korrektur des Taxpunktwertes alle Facharztgruppen eines Kantons oder einer Region gleichermaßen betrifft, wirkt sich eine Veränderung des Taxpunktwertes absolut betrachtet stärker auf die Einkommen aus von Facharztgruppen, die besonders viele Taxpunkte verrechnen. Diese ungleiche Betroffenheit der Facharztgruppen von Taxpunktwertkorrekturen sind bei der Interpretation der Einkommensentwicklung unbedingt zu berücksichtigen.
- TARMED könnte sich auch indirekt über den *Administrationsaufwand* auf die Einkommen auswirken. Es ist anzunehmen, dass besonders die Einführung von TARMED in den Arztpraxen zu einem beträchtlichen zusätzlichen Administrationsaufwand führte. Längerfristig hingegen sind keine Kostensteigerungen zu erwarten, weil sich die Anwendung von TARMED in der Praxis einspielen sollte. Insgesamt wird vermutet, dass sich Veränderungen im Administrationsaufwand nur gering auf die Einkommen in den freien Arztpraxen auswirken. Aus diesem Grund sollte dieser Faktor nur dann mitberücksichtigt werden, wenn das Modul 9 (Auswirkungen von TARMED auf den Administrationsaufwand bei den Ärzten, Spitälern und Krankenversicherern) umgesetzt wird.
- Wichtiger als die Berücksichtigung des Administrationsaufwandes ist der Einbezug einer Reihe von wichtigen, miterklärenden *externen Faktoren*, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht bestimmt werden können. Aber es liegt auf der Hand, dass die Entwicklung der Einkommen nicht allein durch TARMED determiniert wird. Speziell von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang andere politische Programme und Massnahmen wie auch der technologische Fortschritt.

Untersuchungsanlage

Die drei Vergleichsdimensionen können in diesem Modul wie folgt zur Anwendung gebracht werden:

- TARMED zielt nicht explizit auf eine Veränderung der Einkommensunterschiede zwischen den verschiedenen Facharztgruppen, sondern auf eine Aufwertung der intellektuellen gegenüber den technischen Leistungen. Weil die Einführung von TARMED aber nicht zu einer Kostensteigerung führen darf, kann die Neubewertung von Leistungen nur über den Preis einer Umverteilung von Einkommen erfolgen. Ein *Soll-Ist-Vergleich* ist deshalb zu überprüfen haben, ob allfällige Einkommensumverteilungen in die beabsichtigte Richtung verlaufen.
- Im *Längsschnitt* wird die Einkommensentwicklung der Facharztgruppen in der Zeitdimension erfasst und mit dem geltenden Tarifsystem und den oben erwähnten Faktoren (Tarifanpassungen, Leistungsentwicklung pro Facharztgruppe, Administrationsaufwand, externe Faktoren) in Beziehung gesetzt. Aufgrund der disziplinierenden Wirkung der Kostenneutralitätsphase wird es besonders interessant sein, die Einkommensentwicklung auch nach deren Ablauf zu beobachten.
- Im *Querschnitt* geht es im wesentlichen um einen Vergleich der Einkommenssituation zwischen den Facharztgruppen. Nicht als von zentraler Bedeutung wurde die Frage erachtet, wie sich die Einkommen der Ärzte im Vergleich zwischen den Regionen oder Kantonen entwickeln.

Operationalisierung, Datenlage und Datenerhebung

Die nachfolgende Tabelle zeigt auf, für welche Variablen dieses Moduls auf bereits vorhandene Daten abgestellt werden kann.

Tabelle 13: Übersicht über vorhandene Sekundärdaten und Datenquellen (Modul 7)

Variable	Vorhandene Daten	Datenquellen	Zeit & Regionalisierung	Kommentare
Menge und Art der in der Praxis im KV-Bereich erbrachten Leistungen	Mengen und Tarifpositionen der in der Praxis im KV-Bereich <i>in Rechnung gestellten</i> Leistungen	NewIndex	ab 1.1.2004, auch monatlich und kantonal	detaillierteste bestehende Erhebung; inklusive Leistungen unter Franchise
	Mengen und Tarifpositionen der in der Praxis im KV-Bereich <i>von den Versicherern verrechneten</i> Leistungen	Tarifpool (santésuisse)	ab 1.1.2004, auch monatlich und kantonal	grössere Abdeckung, allerdings ohne Leistungen unter Franchise
	Gesamt mengen der in der Praxis im KV-Bereich von den Versicherern verrechneten Leistungen (Bruttoleistungen)	Datenpool (santésuisse)	seit 1997 jährlich und kantonal, ab 1999 auch monatlich und kantonal	nur grobe Unterteilung nach Leistungsarten; ab 1.1.2004 Leistungen im Datenpool unterteilbar nach AL und TL; bis Juni 2004 nur Unterscheidung nach 28 Ärztgruppen; ab Juli 2004 zusätzliche Differenzierung nach 47 Facharztgruppen gemäss FMH
Veränderung der Einkommen aus der Praxistätigkeit	AHV-pflichtige Bruttoeinkommen (nach Spezialitäten)	Einkommensstudien im Auftrag der FMH	seit 1971/72 bis 1997/98 als Zweijahresperioden; ab 2001 jährlich; kantonale Differenzierung nur auf höchster Aggregationsebene	ca. 2 Jahre zeitliche Verzögerung der Veröffentlichung; ab 2001 Umstellung auf Gegenwartsbesteuerung
Höhe der kantonalen oder regionalen TPW in der Zeitdimension ab Einführung TARMED	Gültige TPW pro Kanton oder Region	FMH / santésuisse	monatlich und ab Einführung TARMED	

Nicht durch vorhandene Daten abgedeckt sind die folgenden Inhalte der vermuteten Wirkungszusammenhänge:

- Das Vorgehen zur Beschaffung der notwendigen Informationen zu *Strukturanpassungen des Tarifs* sowie *Entscheidungen der Paritätischen Interpretationskommission* wird in Modul 4 skizziert.
- Eine Berücksichtigung des *Administrationsaufwandes* im Rahmen dieses Moduls bedingt eine Primärerhebung. Das Vorgehen dazu wird in Modul 9 (Einfluss von TARMED auf den Administrationsaufwand bei Arztpraxen, Spitälern und Krankenversicherern) aufgezeigt. Sollte dieses Modul nicht umgesetzt werden, muss bei der Analyse der Einkommensentwicklung auf einen Einbezug des Faktors Administrationsaufwand verzichtet werden.
- Die für dieses Modul relevanten *externen Faktoren* müssen im Rahmen der kommenden Wirkungsanalyse erst noch spezifiziert und operationalisiert werden. Teilweise kann vermutlich auf bereits vorhandene Daten zurückgegriffen werden.

5.1.8 Modul 8: Entwicklung der Investitionen von Ärzten und Spitälern in technische Geräte

Zielsetzung und Fragestellung

Dieses Modul analysiert den Einfluss von TARMED auf die Investitionen von Ärzten und Spitälern in technische Geräte. Unter Investitionen sind in diesem Zusammenhang die Ausgaben für den Erwerb und Unterhalt von technischen Apparaten gemeint, die für die Erbringung von medizinischen Leistungen in der Arztpraxis sowie in den öffentlichen und privaten Spitälern verwendet werden. Die zentrale Fragestellung dieses Moduls lautet demnach:

→ *Welche Auswirkungen hat TARMED auf die Investitionen von Ärzten und Spitälern in technische Geräte über die Zeit?*

Die Beantwortung dieser Fragestellung erfolgt idealerweise mittels statistischer Analysen quantitativer Daten über getätigte Investitionen von Ärzten und Spitälern in technische Geräte. Die Untersuchung der Investitionstätigkeit sollte getrennt entlang der drei Leistungserbringergruppen freie Ärzteschaft, öffentliche Spitäler und Privatspitäler durchgeführt werden. Die grosse Hürde hinsichtlich einer Umsetzung dieses Moduls besteht aber darin, dass unseres Wissens keine geeigneten Daten zur Erfassung der Investitionstätigkeit bereits vorliegen und verwendet werden können. Eine standardisierte Primärerhebung der notwendigen Daten steht allerdings in keinem Verhältnis zu den für die Wirkungsanalyse zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Vermutete Wirkungszusammenhänge

TARMED vermindert die Entschädigungen für eine Reihe von ärztlichen Leistungen, die mit Hilfe von technischen Geräten durchgeführt werden. Dadurch sinkt die Gewinnmarge, die mit diesen Leistungen erzielt werden kann und Leistungserbringer haben weniger Anreize, weiterhin in technische Geräte mit hohen Anschaffungs- und Unterhaltskosten zu investieren.

Es wird vermutet, dass sich TARMED entlang der drei Leistungserbringergruppen unterschiedlich stark auf die Investitionstätigkeit auswirkt:

- Die Investitionen in technische Apparate haben im Bereich der *freien Arztpraxen* eine unmittelbare Folge für mögliche Leistungen, die in der Praxis erbracht werden können. Sollten Ärzte aufgrund von TARMED auf Investitionen in technische Apparate verzichten, so werden die technischen Leistungen zunächst stagnieren und im Falle ausbleibender Wartungen und Ersatzanschaffungen längerfristig abnehmen.

- Bei den *öffentlichen Spitälern* könnte TARMED ein zusätzlicher Anreiz sein, um das Angebot an kostspieligen Apparaten zwischen den einzelnen Spitälern stärker zu koordinieren. Es wird allerdings erwartet, dass die Auswirkungen von TARMED auf Investitionen in den öffentlichen Spitälern viel geringer sind als in den Arztpraxen oder im Bereich der Privatspitäler. Der Grund dafür könnte darin liegen, dass in den öffentlichen Spitälern die Investitionen in die technischen Apparate mehrheitlich über die Budgets des stationären Bereichs verrechnet werden.
- In den *Privatspitälern* könnte durch TARMED aufgrund der privaten Finanzierungsbasis ein grösserer Druck als in den öffentlichen Spitälern entstehen, auf teure Investitionen zu verzichten.

Für alle drei Bereiche gilt, dass sich TARMED bereits kurzfristig auf die Ausgaben für die Anschaffung technischer Apparate auswirken könnte, bei den Ausgaben für den Unterhalt hingegen eher längerfristig. In den Interviews wurde die Bedeutung von TARMED für die Investitionen in technische Geräte sehr unterschiedlich eingeschätzt. Einige Befragte waren der Meinung, dass hier das grösste Sparpotenzial von TARMED liege; andere hingegen vermuteten, dass Investitionen in technische Geräte in erster Linie von der «Kreditpraxis der Banken» abhängen würden.

Neben dem direkten vermuteten Zusammenhang zwischen der Einführung von TARMED und dem Investitionsverhalten sind noch mindestens zwei weitere Faktoren in die Analyse miteinzubeziehen:

- So kann zum einen je nach Art der Leistungserbringung der Anreiz für ein verändertes Investitionsverhalten variieren. So werden Leistungserbringer, die nach wie vor viele technische Leistungen erbringen, auch weiterhin Investitionen in technische Geräte zu tätigen haben. Für andere Leistungserbringer, die vermehrt auf technische Leistungen verzichten, steigt hingegen der Anreiz, die Investitionen in technische Geräte zu reduzieren. Aus diesem Grund sind in diesem Modul auch Daten zu erbrachten Leistungen zu berücksichtigen.
- Wichtiger als dieser Aspekt sind allerdings externe, das Investitionsverhalten beeinflussende Faktoren. Dazu sind beispielsweise der technologische Fortschritt, eine Häufung bestimmter Krankheitsfälle, neue Pflichtleistungen und viele weitere, gegenwärtig noch nicht bestimmbar Faktoren zu zählen.

Untersuchungsanlage

Falls dieses Modul umgesetzt wird, können die drei Vergleichsdimensionen wie folgt zur Anwendung gebracht werden:

- Auch wenn es kein explizites Ziel von TARMED ist, sollte dessen Einführung tendenziell einen Anreiz für eine Reduktion der Investitionen in technische Geräte auslösen. Die Wirkungsanalyse hat demgemäss unter Berücksichtigung der wichtigsten Kontrollvariablen zu überprüfen, ob die Entwicklung des Investitionsverhaltens in die *beabsichtigte* Richtung verläuft.
- Im Längsvergleich wird die Entwicklung des Investitionsverhaltens vor Einführung des TARMED, während und nach der Kostenneutralitätsphase beobachtet. Dabei gilt es zu beachten, dass sich TARMED auf die Ausgaben für die Anschaffung von technischen Geräten bereits kurzfristig oder bereits vor dessen Inkraftsetzung auswirken kann, sein Einfluss auf die Ausgaben für den Unterhalt technischer Geräte hingegen eher als eine längerfristige Wirkung vermutet wird.
- Im *Querschnitt* werden die Investitionen zwischen den drei Leistungserbringergruppen und innerhalb der freien Ärzteschaft die Investitionen zwischen den verschiedenen Facharztgruppen – vor allem zwischen stark technisch tätigen und schwach technisch tätigen Facharztgruppen – verglichen.

Operationalisierung, Datenlage und Primärerhebung

In diesem Modul kann allein auf die bereits bestehenden Daten zur Leistungsentwicklung zurückgegriffen werden. Die Investitionen in technische Geräte sind hingegen nicht mit bestehenden Daten zu operationalisieren. Im Praxisbereich gibt es – im Unterschied zur Leistungsseite – keine umfassenden Erhebungen der Kosten. Die Ärzteschaft hat zwar selber bereits rollende Kostenstudien (roko) erstellt, deren Resultate auch in die Ausarbeitung des Tarifs TARMED eingeflossen sind. Allerdings sind unseres Wissens Investitionen in technische Geräte darin nicht erhalten und die Studie deckt nur einen geringen Teil der Ärzteschaft ab. Es ist denkbar, dass in Zukunft die Kostenseite in der Ärzteschaft besser erhoben wird. Für die Spitäler ist die Datenlage ebenfalls ungenügend. Ansatzweise können Investitionen in technische Geräte über das Leistungsangebot der Spitäler an Anzahl Operationssäle oder hochtechnologische Geräte geschätzt werden, wie sie in der Krankenhausstatistik erhoben werden.

Falls dieses Modul trotz schlechter Datenlage umgesetzt werden soll, ist eine systematische, standardisierte Erhebung der Investitionsausgaben in den freien Arztpraxen sowie in den öffentlichen und privaten Spitälern über die Zeit durchzuführen. Der damit verbundene Aufwand bzw. die damit einhergehenden Kosten sprengen allerdings den Rahmen der geplanten Wirkungsanalyse, so dass es als angemessener erscheint, diese Fragestellung zu einem späteren Zeitpunkt oder im Rahmen einer Pilotstudie ausserhalb des Mandates zur Wirkungsanalyse zu untersuchen.

5.1.9 Modul 9: Entwicklung des Administrationsaufwandes der Leistungserbringer und Krankenversicherer

Zielsetzung und Fragestellung

Dieses Modul untersucht, wie und in welchem Ausmass TARMED den Administrationsaufwand der Leistungserbringer und Krankenversicherer verändert. Die zu bearbeitende Fragestellung lautet:

→ *Welche Auswirkungen hat TARMED auf den Administrationsaufwand in den freien Arztpraxen, in den öffentlichen und privaten Spitälern sowie der Krankenversicherer?*

Die Beantwortung dieser Fragestellung erfolgt idealerweise mit Hilfe statistischer Analysen quantitativer Daten über die Entwicklung des Administrationsaufwandes über die Zeit. Die Daten zum Administrationsaufwand werden aber auch ins Modul 7 einfließen, das den Einfluss von TARMED auf die Einkommenssituation der Facharztgruppen untersucht. Da bis anhin keine Daten zum Administrationsaufwand vorliegen, verlangt die Umsetzung dieses Moduls eine Primärerhebung.

Vermutete Wirkungszusammenhänge

Mit dem Administrationsaufwand sind einzig diejenigen Kosten gemeint, die sich auf die Rechnungsstellung von Leistungen durch Ärzte oder Spitäler und deren Bearbeitung durch die Krankenversicherer beziehen. Dazu zählen neben dem Erstellen und Bearbeiten der Rechnungen auch Investitionen in neue Hard- und Software sowie entsprechende Weiterbildungskurse.

- Für den *Praxisbereich* wird vermutet, dass besonders die Einführung von TARMED in den Arztpraxen zu einem beträchtlichen zusätzlichen Administrationsaufwand führt. Längerfristig hingegen sind keine Kostensteigerungen zu erwarten, weil sich die Anwendung von TARMED in der Praxis einspielen sollte. Eine Zunahme des Administrationsaufwandes hätte zumindest kurzfristig eine negative Wirkung auf die Einkommenssituation. Zudem kann der Administrationsaufwand natürlich zwischen den verschiedenen Arztpraxen variieren. Denkbar sind Unterschiede aufgrund der Softwareapplikationen, die somit nicht direkt mit TARMED in Verbindung stehen. Es ist auch naheliegend, dass der relative Administrationsaufwand bei zunehmender Grösse einer Arztpraxis abnimmt.
- Im Bereich der *Spitäler* ist zu vermuten, dass die Einführung von TARMED in den ambulanten Abteilungen der öffentlichen und privaten Spitäler zu einem beträchtlichen zusätzlichen Administrationsaufwand führt. Längerfristig hingegen ist es möglich, dass der Administrationsaufwand dank

TARMED abnimmt, weil die voll auf EDV-basierte Rechnungsstellung effizienter erfolgen könnte als mit bisherigen Verfahren. Letzteres ist auch für die privaten Arztpraxen zu vermuten.

- Auf Seiten der *Krankenversicherer* wird vermutet, dass die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur im Zusammenspiel mit der elektronischen Rechnungsstellung zumindest mittelfristig, nach einer Umstellungs- und Übergangsphase, zu einer Reduktion des Administrationsaufwandes führen kann. Die zusätzlich geschaffenen Kontrollmöglichkeiten können aber auch dazu führen, dass frei werdende Ressourcen für Kontrolltätigkeiten eingesetzt werden, die bis anhin nicht durchgeführt werden konnten.

Untersuchungsanlage

Das Modul untersucht, welche Nebenwirkungen TARMED im Fall des Administrationsaufwandes zeigt. So gilt es im Längsvergleich die Entwicklung des Administrationsaufwandes im Praxis- und Spitalbereich sowie bei den Krankenversicherern zu erfassen. Dabei ist speziell auf kurzfristige Einführungseffekte zu achten und die mittelfristige Entwicklung aufzuzeigen. Im Quervergleich interessiert vor allem die unterschiedliche Betroffenheit der Arztpraxen, Spitäler und Krankenversicherer durch die Einführung der neuen Tarifstruktur.

Operationalisierung, Datenlage und Primärerhebung

Die schlechte Datenlage hinsichtlich des Administrationsaufwandes erlaubt es nicht, im Rahmen der Wirkungsanalyse bereits bestehende Daten verwenden zu können. Eine Umsetzung dieses Moduls setzt deshalb eine Primärerhebung voraus:

- Denkbar wären etwa *standardisierte, schriftliche Befragungen* von Ärzten, Spitalern und Krankenversicherern. Angesichts des damit verbundenen Aufwandes ist allerdings davon auszugehen, dass die Bereitschaft von Ärzten, Spitalern und Krankenversicherer zur Teilnahme an einer solchen Befragung eher gering und damit die Rücklaufquote tief sein dürfte.
- Alternativ dazu könnte versucht werden, die Entwicklung des Administrationsaufwandes durch Experten einschätzen zu lassen. Ein solches Vorgehen würde jedoch «nur» qualitative Ergebnisse und kaum quantitative Auswertungen zulassen. Hinzu käme das Problem einer wohl nur eingeschränkten Glaubwürdigkeit der Resultate.

Mit Blick auf die schlechte Datenlage und den mit einer Primärerhebung einhergehenden Probleme erachten wir eine sachgerechte Umsetzung dieses Moduls als erschwert. Aus diesem Grund empfehlen wir, dieses Modul als wünschenswertes, aber fakultatives Zusatzmodul im Evaluationsplan aufzuführen.

5.1.10 Modul 10: Entwicklung der Situation der Belegärzte

Zielsetzung und Fragestellung

Dieses Modul wendet sich der Frage nach den Auswirkungen von TARMED auf die Belegarztsituation in den öffentlichen und privaten Spitalern zu:

→ *Wie verändert sich durch die Einführung von TARMED die Situation der Belegärzte?*

Die Bearbeitung dieser Fragestellung stützt sich in erster Linie auf qualitative Analyseverfahren sowie ausgewählte statistische Kennzahlen.

Problembeschreibung

Der Belegarzt ist ein Spezialarzt, der mindestens einen Teil seiner Tätigkeit an Patienten im Spital ausübt. Dabei arbeitet er selbständig, d.h. er ist vom Spital nicht besoldet. Der Belegarzt ist in den Privatkliniken die Regel, in öffentlichen Spitälern die Ausnahme.

Von Vertretern der Ärzteschaft wurde auf das Problem hingewiesen, dass TARMED noch nicht die kostendeckende Abgeltung der durch Belegärzte erbrachten Leistungen erlaubt. TARMED deckt nicht die Infrastrukturkosten, wenn Belegärzte im Spital operieren müssen. Obwohl Erfahrungen z.B. im Kanton Aargau zeigen würden, dass Spitälern mit Belegärzten gut funktionieren können, können solche Modelle momentan nicht weiter verfolgt werden. Es ist also plausibel zu vermuten, dass sich aufgrund von TARMED die Situation von Belegärzten verändert hat. Es kann aber nicht Aufgabe der Wirkungsanalyse sein, diese Veränderungen für die Belegärzte im Detail nachzuzeichnen und die Konsequenzen dieser allfälligen Entwicklung für die Spitälern zu untersuchen. Dennoch erachten wir es als wichtig zu überprüfen, ob und inwiefern sich durch TARMED die Anreize verringern, als Belegarzt tätig zu sein, und die Spitälern dadurch gezwungen sind, auf festes Personal umzustellen. Dabei ist zu beachten, dass diese Fragen schon kurzfristig an Relevanz verlieren können, wenn neue Verrechnungsmöglichkeiten unter TARMED geschaffen werden.

Methodisches Vorgehen

Die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) führt gegenwärtig eine Praxiskostenerhebung unter den Belegärzten durch. Es ist möglich, dass dadurch das Ausmass der Beschäftigung von *Belegärzten* in den Spitälern in Zahlen erfasst wird. Eine Datenquelle, die solche Angaben regelmässig erhebt, gibt es u.W. aber nicht.

Informationen zur Art und Weise, wie TARMED die Anreize für eine Belegarztstätigkeit verändert, können am besten in Form von *leitfadengestützten Experteninterviews* mit Belegärzten und Vertretern der SBV erhoben werden. Ergänzend liesse sich anhand einer kurzen *standardisierten, schriftlichen Befragung* einer grösseren Stichprobe von Spitälern statistische Kennzahlen zum Ausmass und zur Entwicklung der Tätigkeit von Belegärzten in Spitälern gewinnen.

5.1.11 Modul 11: Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer

Zielsetzung und Fragestellung

Mit diesem Modul wird das Abrechnungsverhalten in den freien Arztpraxen und Spitälern evaluiert:

→ *Welche Auswirkungen hat TARMED auf das Abrechnungsverhalten in den freien Arztpraxen und Spitälern? Inwieweit stimmen abgerechnete und erbrachte Leistungen überein?*

Eine Evaluation des Abrechnungsverhaltens in Arztpraxen und Spitälern erachten wir insofern als relevant, als die Möglichkeit besteht, dass die abgerechneten Leistungen nicht mit den effektiv erbrachten Leistungen übereinstimmen. Informationen dazu sind deshalb hilfreich bei der Interpretation der Entwicklung der (abgerechneten) Leistungen in den drei Leistungserbringergruppen.

Problembeschreibung

Im Rahmen der Vorbereitungsstudie wurden einige Vermutungen geäussert, die eine Analyse der Differenz von erbrachten und abgerechneten Leistungen nahe legen:

- Es ist beispielsweise denkbar, dass *Ärzte* vergessen, Leistungen abzurechnen, oder darauf verzichten, etwa weil sie (noch) nicht wissen, dass diese Leistungen unter TARMED separat abgegolten werden können. Auf der anderen Seite können Ärzte – bewusst oder unbewusst – auch mehr Leistungen abrechnen als sie effektiv erbracht haben.

- Mit Blick auf die *öffentlichen Spitäler* wird teilweise vermutet, dass sich mit der Einführung von TARMED die Abrechnungsmöglichkeiten verbessern und dadurch im Vergleich zu vorher ein grösserer Teil der erbrachten Leistungen auch tatsächlich erfasst werden (Problem der virtuellen Mengenausweitung; vgl. Modul 6). Gerade bei den öffentlichen Spitälern ist der Druck, sämtliche erbrachten Leistungen präzise zu verrechnen, aufgrund allfälliger Defizitdeckung seitens der Kantone geringer als bei den beiden anderen Leistungserbringergruppen.
- Anders als bei den öffentlichen Spitälern wird für die *Privatspitäler* nicht erwartet, dass nicht bereits vor Einführung des TARMED sämtliche erbrachten Leistungen auch abgerechnet wurden. Noch eher wird eine Zunahme von Mehrfachverrechnungen vermutet, dies aber grundsätzlich bei allen Leistungserbringern.
- Bei allen drei Leistungserbringergruppen stellt sich schliesslich die Frage, ob und inwieweit auf Software-Lösungen zurückgegriffen wird, die Pakete verschiedener Positionen anbieten. Letzteres könnte die Differenz zwischen abgerechneten und erbrachten Leistungen (systematisch) erhöhen.
- Insgesamt ist zu erwarten, dass sich das Abrechnungsverhalten über die Zeit ändert, nicht zuletzt weil zu Beginn der Einführung von TARMED noch Unsicherheiten bestehen können und sich die Anwendung der neuen Tarifstruktur erst einspielen muss. Längerfristig ist zu erwarten, dass die Möglichkeiten für die Abrechnung von Leistungen bekannt sind und ausgeschöpft werden. In diesem Zusammenhang interessiert besonders die Frage, ob sich das Abrechnungsverhalten nach Ende der disziplinierend wirkenden Kostenneutralitätsphase verändert.

Methodisches Vorgehen

In methodischer Hinsicht steht die Bearbeitung dieses Moduls vor einer kaum lösbaren Aufgabe, da nicht nur Informationen notwendig sind zu den in Rechnung gestellten oder abgerechneten Leistungen, sondern auch zu den effektiv *erbrachten* Leistungen. Es liegt auf der Hand, dass hierfür keine bestehenden Daten vorliegen und grundsätzlich allein die behandelten Patienten darüber Auskunft geben könnten. Als einzig denkbare Vorgehensweise sehen wir gegenwärtig eine Einschätzung der hier angesprochenen Problematik durch unabhängige Experten. Die Glaubwürdigkeit der Resultate wäre bei einer solchen weichen Methode aber mit Sicherheit stark eingeschränkt.

5.1.12 Modul 12: Gesamtbeurteilung der Einführung und Wirkungen von TARMED – Synthese

Dieses abschliessende Synthesemodul dient der Zusammenführung der Resultate aus den vorgängigen Modulen, um eine Gesamtbeurteilung der Einführung und Wirkungen von TARMED vornehmen zu können.

Zunächst wird in Form einer Bilanz das Ausmass der Zielerreichung von TARMED aufgezeigt. Als Bewertungskriterium werden die in Kapitel 3.1 umschriebenen zentralen Ziele beigezogen. Die Bilanz umfasst aber nicht nur die Analyse der beabsichtigten Wirkungen (explizite Zielsetzungen), sondern genauso die vermuteten, im Wirkungsmodell enthaltenen und in den einzelnen Modulen umschriebenen nicht beabsichtigten (positiven oder negativen) Nebenwirkungen von TARMED.

Die Gesamtbeurteilung soll auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse soweit als möglich aber auch Vorschläge formulieren, wie die Anwendung und Umsetzung der neuen Tarifstruktur verbessert und optimiert werden kann. Im Vordergrund stehen hier vor allem die mittels qualitativer Analyseverfahren bearbeiteten Themenbereiche ‚Tarifpflege‘ und ‚Transparenz der Leistungserbringung‘.

5.1.13 Zusammenfassender Überblick

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die pro Arbeitsmodul relevanten Sekundärdaten und Primärerhebungen. Anhand dieser Darstellung wird auch ersichtlich, dass eine Reihe von Datenerhebungen bzw. Sekundärdaten in mehrere Module einfließen.

Table 14: Übersicht über die Datenquellen und Primärerhebungen der Arbeitsmodule

Datenquellen Primärerhebungen	Arbeitsmodule										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Datenpool (santésuisse)		X				X	X	X			
Tarifpool (santésuisse)		X				X	X	X			
NewIndex AG		(X)					(X)	(X)			
Krankenkassendatenbank (BAG)		X				X					
Einkommensstatistik (FMH)		X					X				
medizinische Statistik der Krankenhäuser (BfS)						X					
Dokumentenanalysen (Tarifparteien)	X		X	X	X						
Dokumentenanalysen (Tarifpflege)		X		X		X	X				
Dokumentenanalysen (Kostenneutralität)		X			X	X	X				
Informationsgespräche Begleitgruppe	X										
Leitfadengespräche (Tarifparteien)	(X)		X	X	X						
Leitfadengespräche (BAG, GDK)			X	X	X						
Leitfadengespräche (Belegärzte)										X	
Experteneinschätzung									X		X
standardisierte schriftliche Befragung (Sample Arztpraxen)		X					X	X	X		
standardisierte schriftliche Befragung (Voll- oder Teilerhebung öffentliche und private Spitäler)						(X)	X	X	X	X	
standardisierte schriftliche Befragung (Vollerhebung Kantone)			X								
standardisierte schriftliche Befragung (Sample Krankenversicherungen)			X				X				

5.2 Kalkulation der ungefähren Kosten für die Realisierung der Evaluation

Modul	Inhalt	Arbeiten	Minimal	Optimal	Maximal
Modul 1	Überprüfung und Aktualisierung des Wirkungsmodells	Dokumentenanalyse, Informationsgespräche (5), Experteninterviews (5), Analyse, Berichterstattung	XXX	XXX	XXX
Modul 2	Leistungs- und Kostenentwicklung in Arztpraxen	Datenzugang, Datenaufbereitung, Datenkontrolle, Analyse (Soll-Ist, längs, quer), Berichterstattung	XXX	XXX	XXX
Modul 3	Transparenz der Leistungserbringung	Dokumentenanalyse, Experteninterviews (10), Analyse, Berichterstattung, bei MAXIMAL: stand. Befragung (Kantone, KV)	XXX	XXX	XXX
Modul 4	Prozessevaluation der Tarifpflege	Dokumentenanalyse, Experteninterviews (8), Analyse, Berichterstattung	XXX	XXX	XXX
Modul 5	Umsetzung der Vereinbarung Kostenneutralität	Dokumentenanalyse, Experteninterviews (6), Analyse, Berichterstattung	XXX	XXX	XXX
Modul 6	Leistungs- und Kostenentwicklung in Spitälern	Definition externe Faktoren, Datenzugang, Datenaufbereitung, Analyse, Berichterstattung	–	XXX	XXX
Modul 7	Einkommen Facharztgruppen	Definition externe Faktoren, Datenzugang, Datenaufbereitung, Analyse, Berichterstattung; nur bei MAXIMAL mit Administrationsaufwand (aus Modul 9)	–	XXX	XXX
Modul 8	Investitionen in technische Geräte	standardisierte Erhebung (Stichproben bei Praxen & Spitälern), Analyse, Berichterstattung	–	–	XXX
Modul 9	Administrationsaufwand Ärzte, Spitäler, Krankenversicherer	standardisierte schriftliche Befragung bei Ärzten, Spitälern (Stichprobe) und Krankenversicherern (Vollerhebung), Analyse, Berichterstattung		–	XXX
Modul 10	Situation der Belegärzte	Experteninterviews (12), standardisierte Erhebung bei Spitälern (Stichprobe), Analyse, Berichterstattung	–		XXX
Modul 11	Abrechnungsverhalten Ärzte & Spitäler	Experteninterviews (18), Analyse, Berichterstattung (stark eingeschränkte Aussagekraft)			XXX
Modul 12	Gesamtbeurteilung von Einführung und Auswirkungen	Synthesarbeiten	XXX	XXX	XXX
	Projektleitung	Projektmanagement, Koordination, Kommunikation, Organisation	XXX	XXX	XXX
Total (ohne MWST)			228'000	291'600	538'800
MWST			17'328	22'162	40'949
Total (inkl. MWST)			245'328	313'762	579'749
Empfohlenes Kostendach			250'000	320'000	580'000

Bei allen Angaben handelt es sich um grobe Schätzungen der erwarteten Kosten, die von der konkreten Ausgestaltung der Module (etwa bei den Stichprobengrössen oder dem Informationsumfang) beeinflusst wird. Es handelt sich dabei um die totalen Kosten (inkl. aller Steuern und Abgaben). Die extern anfallenden Kosten für den Datenerwerb sind dagegen nicht darin enthalten.

Es wird empfohlen, die Variante OPTIMAL zu realisieren, weil damit eine hohe Aussagekraft bei vertretbaren Kosten erzielt werden kann. Die Variante MINIMAL führt bei einer nicht allzu grossen Kostenreduktion zu lückenhaften Ergebnissen, die Variante MAXIMAL ist für die zusätzliche Aussagekraft der Ergebnisse im Vergleich zur Variante OPTIMAL zu kostspielig.

5.3 Zeitplan und Terminierung

Für die Realisierung der Wirkungsanalyse wird in etwa folgender Zeitbedarf veranschlagt:

MINIMAL	14 Monate
OPTIMAL	18 Monate
MAXIMAL	24 Monate

Der Zeitbedarf hängt massgeblich von den Kapazitäten des Auftragnehmers ab und kann von den obigen Angaben nach oben oder unten abweichen.

Die Evaluation sollte so terminiert werden, dass eine Erhebung der Situation nach Ablauf der Kostenneutralitätsphase möglich ist. Aufgrund des jetzigen Kenntnisstandes empfehlen wir für die Variante OPTIMAL einen Projektbeginn im Frühjahr/Sommer 2005. Die Terminierung ist aber massgeblich davon abhängig, wann die Resultate vorliegen sollten.

5.4 Fazit

Anhand der Erkenntnisse aus der Vorbereitungsstudie lassen sich mit Blick auf die kommende Wirkungsanalyse folgende Schlussfolgerungen anstellen:

- Der neue Arzttarif TARMED ist ein äusserst komplexer, mehrdimensionaler Untersuchungsgegenstand. Dennoch hat die Entwicklung des Wirkungsmodells sowie die Abklärung der Datenlage gezeigt, dass sich TARMED *evaluieren lässt*.
- Angesichts der Vielzahl vermuteter Wirkungen von TARMED wie auch der Unsicherheit bezüglich der Wirkungsweise des Tarifs verspricht eine fokussierte, systematische Evaluation *ausgewählter Wirkungszusammenhänge* einen überaus nützlichen Informationsgewinn für die Politik wie auch für die Aufsichtsbehörde. Eine umfassende, sämtliche potentiellen Wirkungen berücksichtigende Wirkungsanalyse halten wir hingegen für nicht angemessen, da zum einen speziell die Analyse längerfristig denkbarer Auswirkungen zum Zeitpunkt der Durchführung der Evaluation noch wenige Erkenntnisse versprechen und zum anderen eine Fokussierung der Studie auf die vor allem primär relevanten Fragestellungen die Akzeptanz der Wirkungsanalyse bei den diversen Stakeholders verbessern dürfte.
- Das partizipativ erarbeitete, ziemlich komplexe Wirkungsmodell von TARMED sollte deshalb nicht vollständig empirisch getestet werden. Weil es aber ziemlich umfassend alle relevanten und vermuteten Wirkungszusammenhänge enthält und diese übersichtlich darstellt, eignet es sich gut als *Grundlage für die Planung* der Wirkungsanalyse, indem es eine systematische und begründete Selektion der Fragestellungen für die Evaluation erlaubt. Da sich sowohl der Untersuchungsgegenstand wie auch die Wahrnehmung der Wirkungsweise von TARMED bis zum Start der Wirkungsanalyse

aber verändern kann, sollte das Wirkungsmodell vor Beginn der Evaluation überprüft und allenfalls angepasst werden.

- Mit Blick auf die im Evaluationsplan formulierten Arbeitsmodule und unter Berücksichtigung eines bestmöglichen Kosten-Nutzen-Verhältnisses empfehlen wir, die *Variante Optimal* umzusetzen. Während wir die Variante MAXIMAL als zu kostspielig im Verhältnis zum erwarteten Mehrnutzen erachten, liesse die Variante MINIMAL bei einer relativ bescheidenen Kosteneinsparung nur Ergebnisse mit einer beschränkten Aussagekraft zu.
- Der Evaluationsplan skizziert durch seinen modularen Aufbau ein Vorgehen, dass sich am Prinzip der *Methodenvielfalt* orientiert. Die Benutzung von Sekundärdaten aus unterschiedlichen Datenquellen und Informationen aus Dokumenten, Experteninterviews und standardisierten Befragungen bilden eine angemessene Grundlage, um möglichst zuverlässige empirische Aussagen über die Einführung und Wirkungsweise von TARMED zu generieren. Zudem ist eine Reihe von Sekundärdaten und Primärerhebungen für mehr als ein Modul bzw. eine Fragestellung relevant, was aus einer arbeitsökonomischen Perspektive zu begrüssen ist.
- Schliesslich spielt der *Zeitpunkt der Mandatsvergabe* zur Durchführung der Wirkungsanalyse eine bedeutende Rolle. Dieser ist massgeblich davon abhängig, wann die Evaluationsresultate vorliegen sollten. Bei der Umsetzung der Variante OPTIMAL mit einer Laufzeit von ca. 18 Monaten sollte die Ausschreibung zur Wirkungsanalyse zwei Jahre vor Projektende erfolgen. Weil die Kostenneutralitätsphase die Wirkungsweise von TARMED beeinträchtigt, muss zwingend sichergestellt sein, dass der Übergang von der Kostenneutralität zur Situation danach in der Wirkungsanalyse erfasst und analysiert werden kann. Falls die Kostenneutralitätsphase im Spitalbereich verlängert werden sollte, gilt es dies bei der Terminierung der Evaluation zu berücksichtigen.

Literaturverzeichnis

Literatur

- Balthasar, Andreas (2000): «Evaluationssynthesen: Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen», *LeGes* (1): 15-18.
- Baumann, Philip (2004): «Die Therapie heisst Praxisspiegel», *checkup – Informationsschrift der Ärztekasse*, Nr. 25 / 2004, <http://www.aerztekasse.ch/de/p12000807.html>.
- Bickman, Leonard (ed.) (1987): «Using Program Theory in Evaluation,» *New Directions for Program Evaluation* 33. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bickman, Leonard (ed.) (1990): «Advances in Program Theory», *New Directions for Program Evaluation* 47. San Francisco: Jossey-Bass.
- Birckmayer, Johanna D./Weiss, Carol H. (2000): «Theory-Based Evaluation in Practice. What Do We Learn?» *Evaluation Review* 24(4): 407-431.
- Bisang, Kurt/Moser, Christian/Widmer, Thomas (2004): «Stakeholder participation in logic model development.» Experiences from preparing an impact evaluation of the new Swiss medical tariff structure. Paper presented at the Sixth conference of the European Evaluation Society «Governance, Democracy, and Evaluation,» University of Applied Sciences for Public Administration and Legal Affairs, Berlin, 30 September – 2 October 2004.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2001): «TarMed...eine unendliche Geschichte.» Statuspapier. Bern: BSV.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2001a): «Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht.» Forschungsbericht 16/2001. Bern: BSV.
- Bundesamt für Statistik (1997): «Krankenhausstatistik. Detailkonzept 1997.» Bern: BfS.
- Bundesamt für Statistik (1997a): «Statistik der sozial-medizinischen Institutionen. Detailkonzept Dezember 1997.» Bern: BfS.
- Bundesamt für Statistik (2000): «Statistik diagnosebezogener Fallkosten. Provisorisches Detailkonzept 2000. Version 2.1.» Bern: BfS.
- Bundesamt für Statistik (2004): «Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2004.» Zürich: Verlag NZZ.
- Buser, Martin (2004): «Einführung TARMED im Spital – der aktuelle Stand», *Competence*, 11: 5-7.
- Chen, Huey-tsyh (1990): «Theory Driven Evaluations.» Newbury Park: Sage.
- Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter (2004): «Tarmed und Datenschutz». Bericht des Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten vom 22. Juni 2004.
- Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (2002): «Einflussnahme des Bundes auf die Kostendämpfung im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes – Untersuchung anhand von zwei ausgewählten Beispielen. Bericht vom 5. April 2002.» Bern: GPK des Ständerats. <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2003/345.pdf>.
- Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (2002a): «Aufsichtseingabe der Kantone zur Entscheidungspraxis des Bundesrates bei Beschwerden gegen Tarifentscheide der Kantonsregierungen in der Krankenversicherung. Bericht vom 5. April 2002.» Bern: GPK des Ständerats. <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2003/307.pdf>.

- Hasler, Niklaus (2001): «Einkommensentwicklung der freien Ärzteschaft der Schweiz 1971/71 bis 1995/96 nach Spezialität und Kanton.» *Schweizerische Ärztezeitung* 82(18):915-923.
- Hasler, Niklaus (2004): «Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz im Jahr 2001. Vollerhebung. Gutachten erstellt im Auftrage der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH.» Juli 2004.
- INFRAS (2000): «Auswirkungen des KVG im Tarifbereich. Beiträge zur sozialen Sicherheit.» Forschungsbericht Nr. 7/00. Bern: BSV.
- Känzig, Herbert (2002): «Datenquellen der Krankenversicherung.» *Soziale Sicherheit CHSS*, 6/2002: 347-349.
- Klöti, Ulrich (1997): «Inhaltliche und methodische Anforderungen an wissenschaftliche Evaluationen», in: Bussmann, Werner/Klöti, Ulrich/Knoepfel, Peter (Hrsg.): Einführung in die Politikevaluation. Basel und Frankfurt am Main: Helbing & Lichtenhahn: 46-47.
- Knoepfel, Peter/Bussmann, Werner: (1997): «Die öffentliche Politik als Evaluationsobjekt», in: Bussmann, Werner/Klöti, Ulrich/Knoepfel, Peter (Hrsg.): Einführung in die Politikevaluation. Basel: Helbing & Lichtenhahn: 69-74.
- Kundert, Andreas (2004): «Die TARMED-Einführung im Spital: so gelingt sie.» *Competence* 11: 11.
- Reust, Jürg (2004): «TARMED: die Zwischenbilanz der Krankenversicherer.» *Competence* 11: 27-28.
- Rogers, Patricia J. (2000): «Program Theory: Not Whether Programs Work, But How They Work», in: Stufflebeam, Daniel L./Madaus, George F./Kellaghan, Thomas (eds.): Evaluation Models. Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation. 2nd ed. Boston: Kluwer: 209-232.
- Rogers, Patricia J./Petrosino, Anthony/Huebner, Tracy A./Hasci, Timothy A. (2000): «Program Theory Evaluation: Practice, Promise, and Problems,» *New Directions for Evaluation* 87: 5-13.
- Rüdlinger, Martin/NewIndex (2004): «Handbuch KN-Monitor. Leistungsumfang Controlling KN der NewIndex und Erläuterungen zu den periodischen Auswertungen. Version 1.0, 14. April 2004.» Winterthur: NewIndex.
- Rüefli, Christian/Vatter, Adrian (2001). «Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen.» Forschungsbericht 14/2001. Bern: BSV.
- Schneider, Sandra (2001). «Tarifbildung im schweizerischen Gesundheitswesen», *Soziale Sicherheit* 2/2001: 56-60.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2004): «Auswertung der 3. Umfrage zum Start-Taxpunkt看wert (Stand 30.4.2004)». Bern: GDK.
- Stoffel, Urs (2004): «Ist Genf im Rahmen der Kostenneutralität ein Spezialfall?», *Schweizerische Ärztezeitung* 85(50): 2681.
- Stoffel, Urs/Favrod-Coune, Charles (2004): «Die freipraktizierenden Ärzte haben ihre Hausaufgaben gemacht! 1. Sitzung des KN-Büros G7», *Schweizerische Ärztezeitung* 85(27): 1423.
- Stoffel, Urs/Favrod-Coune, Charles (2004a): «Die Kostenneutralität wird gelebt, aber nicht überall! 2. Sitzung KN-Büro vom 15. Juli 2004», *Schweizerische Ärztezeitung* 85(29/30): Editorial.

- Stoffel, Urs/Favrod-Coune, Charles (2004b): «Der TARMED wird noch nicht überall kostenneutral angewendet! 3. Sitzung KN-Büro vom 19. August 2004», *Schweizerische Ärztezeitung* 85(35): 1795.
- Stoffel, Urs/Favrod-Coune, Charles (2004c): «Keine Taxpunktwertanpassungen im Monat Oktober! 4. Sitzung KN-Büro vom 16. September 2004», *Schweizerische Ärztezeitung* 85(39): 2061.
- Stoffel, Urs/Favrod-Coune, Charles (2004d): «Keine Taxpunktwertanpassungen im Monat Oktober! 4. Sitzung KN-Büro vom 16. September 2004», Bericht von U. Stoffel und C. Favrod-Coune, *Schweizerische Ärztezeitung* 85(39): 2061.
- Strub, Silvia/Spycher, Stefan/Egger, Theres (2004): «Inventar der Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz.» Forschungsprotokoll Nr.2. Neuchâtel: Obsan.
- Wegmüller, Bernhard (2004): «TARMED: introduction pragmatique ou lutte de pouvoir?» *Competence* 11: 4.
- Weiss, Carol H. (1998): «Evaluation. Methods for Studying Programs and Policies.» 2nd ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Weissenburger, Andreas (2001): Der neue Arzttarif TARMED, *Soziale Sicherheit* 2/2001: 61
- Widmer, Thomas/Landert, Charles/Bachmann, Nicole (2000): Evaluationsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Bern/Genf: SEVAL.
- Widmer, Thomas (2001): «Qualitätssicherung in der Evaluation – Instrumente und Verfahren», *LeGes* (2): 12.
- Widmer, Thomas/Bisang, Kurt/Moser, Christian (2004): «Detailkonzept Vorbereitung einer Wirkungsanalyse über die Einführung sowie die Wirkungen von TARMED». Zürich: IPZ.
- Widmer, Thomas/Bisang, Kurt/Moser, Christian (2004a): «Wirkungsmodell für eine Analyse von TARMED und Stand der Arbeiten zu weiteren Modulen.» Erster Zwischenbericht «Vorbereitung einer Wirkungsanalyse über die Einführung sowie die Wirkungen von TARMED». Zürich: IPZ
- Zahnd, Daniel (2001): «Die neuen Spital- und Heimstatistiken: Erste Ergebnisse und zukünftiger Nutzen», *Soziale Sicherheit CHSS*, 4/2001: 218-222.

Dokumente

- «Berechnung der Starttaxpunktwerte und Steuerung der Kostenneutralität von TARMED (Vereinbarung zur Kostenneutralität).» Anhang 2 zu den Rahmenverträgen TARMED zwischen FMH und santésuisse, bzw. H+ und santésuisse vom 5. Juni 2002 bzw. 13. Mai 2002.
- «Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)», SR 832.10.
- «Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG)», SR 832.20.
- «Rahmenvertrag TARMED zwischen santésuisse und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH» vom 5. Juni 2002.
- «Rahmenvertrag TARMED zwischen santésuisse und H+ Die Spitäler der Schweiz» vom 13. Mai 2002.
- «TARMED Suisse Vertrag zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer, den Versicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung, vertreten durch die Medizinaltarif-Kommission (MTK), dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV), der Invalidenversicherung (IV) vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) betreffend Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstruktur TARMED» vom 5. Juni 2002.
- «Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)», SR 832.102.

Anhang

Anhang 1: Liste der Gesprächspartner

Gesprächspartner	Funktion und Institution/Organisation	Experten- interviews	Entwick- lung des Wirkungs- modells	Abklärung Datenlage
<ul style="list-style-type: none"> • Klaus Augustiny • Herbert Känzig • Daniel Zahnd 	Wissenschaftlicher Mitarbeiter Wissenschaftlicher Mitarbeiter Wissenschaftlicher Mitarbeiter <i>Sektion Statistik und Mathematik, BAG</i>			X X X
<ul style="list-style-type: none"> • Philip Baumann • Andreas Bühler • Martin Rüdlinger 	Managing Director Managing Partner Senior Berater <i>BlueCare AG (NewIndex AG)</i>			X X X
<ul style="list-style-type: none"> • Stefan Burri • Manuel Jung 	Wissenschaftlicher Mitarbeiter Leiter Gesundheit <i>Preisüberwachung</i>		X X	
<ul style="list-style-type: none"> • Marco D'Angelo • Jürg Reust 	Leiter Datenpool Leiter Ressort Verträge <i>Abteilung Tarife und Preise, santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer</i>			X X
<ul style="list-style-type: none"> • Stefan Felder 	Professor für Gesundheitsökonomie <i>Universität Magdeburg</i>	X		
<ul style="list-style-type: none"> • Andreas Haefeli 	Präsident Aargauischer Ärzteverband und der «G7» <i>Verhandlungsdelegation der kantonalen Ärztekammern zur Einführung von TARMED</i>		X	
<ul style="list-style-type: none"> • Michael Jordi • Daniel Finsterwald 	Leiter Wissenschaftlicher Mitarbeiter <i>Bereich Gesundheitsökonomie und -information, GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren</i>		X X	
<ul style="list-style-type: none"> • Thomas Marbet 	Ehemaliger Geschäftsführer <i>TARMED Suisse</i>	X		
<ul style="list-style-type: none"> • André Meister 	Wissenschaftlicher Mitarbeiter <i>Sektion Gesundheit, BfS</i>			X
<ul style="list-style-type: none"> • Markus Moser 	Juristischer Berater im Gesundheitswesen	X		
<ul style="list-style-type: none"> • Hermann Plüss • Andreas Weissenburger 	Leiter des Bereichs stationäre Tarife Projektleiter TARMED im Bereich ambulante Tarife <i>Zentralstelle für Medizinaltarife der SUVA</i>	X X		
<ul style="list-style-type: none"> • Beat Schläfli 	Leiter der Abteilung Tarife und Preise <i>santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer</i>		X	
<ul style="list-style-type: none"> • Sandra Schneider • Bruno Fuhrer 	Leiterin Wissenschaftlicher Mitarbeiter <i>Sektion Tarife und Leistungserbringer, BAG</i>		X X	
<ul style="list-style-type: none"> • Hansueli Späth 	Präsident <i>Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Medizin</i>		X	
<ul style="list-style-type: none"> • Reto Tscholl 	Präsident <i>FMS (Vereinigung der invasiv und operativ tätigen Ärzte)</i>		X	
<ul style="list-style-type: none"> • Bernhard Wegmüller 	seit 1. April 2004 Geschäftsführer <i>H+ Die Spitäler der Schweiz</i>		X	

Anhang 2: Beschreibung bestehender Datenquellen

santésuisse-Datenpool

Der santésuisse-Datenpool ist ein umfassender Datensatz der Krankenversicherer von Kosten und Prämien im KVG- und VVG-Bereich. Es handelt sich um Branchendaten, d.h. die santésuisse sammelt im Datenpool Angaben von Krankenversicherern, namentlich die Rechnungen und die Versicherungsprämien. Der santésuisse-Datenpool bildet derzeit die umfassendste und aktuellste Datensammlung im Schweizer Gesundheitswesen.²⁹

Der santésuisse-Datenpool dient in erster Linie den Krankenversicherern. Verwendet wird er allgemein für die Analyse der Ist-Situation und der Entwicklung von Kosten und Prämien. Die santésuisse verwendet den Datenpool für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte, u.a.). Zudem wird der Datenpool auch für die jährliche Prämienberechnung durch die Krankenversicherer genutzt. Ausgewählte Auswertungen aus dem Datenpool werden von der santésuisse selber publiziert, d.h. vor allem für die Medienarbeit verwendet.³⁰ Schliesslich dient der Datenpool auch als Datengrundlage für die Kostenberechnungen für verschiedene Versicherungsmodelle und Franchisestufen.

Neben der Verwendung durch den Verband und die Krankenversicherer werden Angaben aus dem Datenpool auch Nicht-Mitgliedern wie dem Bundesamt für Gesundheit (gegen Gebühr) zur Verfügung gestellt. Ebenfalls verwendet wird der santésuisse-Datenpool für die Analysen des Kostenneutralitätsbüros.

Eine Stärke des Datenpools sind die möglichen Auswertungen *über die Zeit*. Die Daten sind monatlich nach Abrechnungsperioden abgelegt, wobei das Datum des Behandlungsbeginns verwendet wird. Für *kantonale Vergleiche* bereitet die santésuisse die Daten über die nach KVG abgerechneten Bruttoleistungen auf zwei Arten auf. Entweder werden die Daten auf die Kantone aggregiert, in welchen die Rechnungen erstellt wurden (Rechnungsstellerstatistik RSS), oder es wird nach dem Wohnkanton der Versicherten gruppiert (Versicherungsleistungen VSS).³¹ Die Auswertungen erfolgen auf Kantonsebene und ab 2004 auf der Ebene der Prämienregionen auf der Basis von Gemeindedaten.

Auswertungen bis auf die Ebene der einzelnen *Leistungserbringer* sind machbar und werden von der santésuisse für die Kontrolle der Leistungserbringer genutzt. Die dem BAG zur Verfügung stehenden Daten lassen diese Detailanalyse aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes aber nicht zu. Im *Praxisbereich* unterscheidet der Datenpool die verrechneten Kosten zunächst nach verschiedenen Leistungsarten³² wie z.B. Physiotherapeuten, Zahnärzte, etc. Der Datenpool unterscheidet zudem nach einer Reihe von Fachärzten, die unter dem PartnerCode im Zahlstellenregister abgelegt sind. Bis zum Juni 2004 unterschied der Datenpool nach rund 28 Partnern (z.B. Allgemeinpraktiker, Chirurgie, Urologie, etc.). Auf 1. Juli 2004 wurde zusätzlich zu dieser Liste die Facharztbezeichnungen nach FMH (47 Positionen) übernommen.³³

Im *Spitalbereich* wird nach stationärem und ambulantem Bereich unterschieden und in diesen Bereichen jeweils nach den medizinischen Abteilungen (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Ophthalmologie, ORL, Dermatologie, Radiologie, Geriatrie, Rehabilitation, andere Fachgebiete). Zu beachten ist, dass die Kosten der verrechneten ambulanten Leistungen und die Kosten der (vor allem teil-)stationären Leistungen definitionsgemäss schlecht abgegrenzt sind. Dabei scheint es sich in erster Linie um ein Problem der divergierenden Umsetzung der Definitionen in den Spitälern zu handeln; zu-

29 Vgl. zu diesem und den folgenden Punkten auch das Merkblatt der santésuisse «Datenpool Porträt», http://www.santesuisse.ch/de/index.html?SID=d3f4685c04b1abe0ee30d98a2f1c44ea&contentUrl=dyn_output.html%3Fcontent.vname%3Dportal (Juli 2004)

30 Z.B. Broschüre «Zahlen und Fakten 1/2004», http://www.santesuisse.ch/de/index.html?SID=d3f4685c04b1abe0ee30d98a2f1c44ea&contentUrl=dyn_output.html%3Fcontent.vname%3Dportal (Juli 2004)

31 Merkblatt der santésuisse «Unterschied santésuisse-Versichertenstatistik und santésuisse-Rechnungsstellerstatistik», http://www.santesuisse.ch/de/index.html?SID=f4b3a08a8b681c73168b95b07c500861&contentUrl=dyn_output.html%3Fcontent.vname%3Dportal (Juli 2004)

32 vgl. z.B. «Definitive santésuisse-Rechnungsstellerstatistik 2003, CH», http://www.santesuisse.ch/de/index.html?SID=2022951dd4dd2d35834eb29eb8020942&contentUrl=dyn_output.html%3Fcontent.vname%3Dportal (Juli 2004); genauer: Datenpool Handbuch Auswertungen, Version 2.0 vom 12.5.04: 23ff

33 Rundschreiben Nr. 38/2004 «Umstellung Zahlstellenregister (ZSR) per 1.7.2004» vom 9. Juni 2004 der santésuisse.

dem scheinen von Seiten der Versicherer viele teilstationäre Leistungen unter den ambulanten Bereich geschlagen zu werden. Am meisten verrechnete Kosten für teilstationäre Leistungen werden für die Kantone ausgewiesen, die teilstationäre Tarife verwenden, was hauptsächlich in der Romandie und im Kanton Bern der Fall sei.

Der santésuisse-Datenpool beinhaltet Angaben aus den übermittelten Rechnungen und der Prämien für unterschiedliche Merkmalsträger. Analysen sind möglich für die verrechneten Kosten von verschiedenen *Leistungsarten* (z.B. Arztbehandlung, Mittel- und Gegenständeliste (MiGel), Medikamente, Physiotherapie). Ab 1.1.2004 ist es auch möglich, zwischen den verrechneten Kosten von ärztlichen und technischen Leistungen zu unterscheiden. Insgesamt wird zwar nach Leistungsarten unterschieden, es ist aber nicht möglich, diese Kategorien differenzierter zu analysieren. Mit dem Datenpool lassen sich die Kosten pro Versicherten und pro Konsultation erfassen. Eine wichtige Variable für die Wirtschaftlichkeitskontrolle ist auch die Anzahl der Jahreserkrankten.

Der santésuisse-Datenpool beinhaltet im Sommer 2004 die Leistungs- und Prämienabrechnungen von 82 Krankenversicherern und deckte damit bereits rund 95% Prozent der Versicherten in der Schweiz ab. Die Krankenversicherer liefern santésuisse die Daten monatlich und zusätzlich jährlich eine bereinigte Liste der Daten (definitive Jahresdaten). Santésuisse bereitet die Monatsdaten innerhalb von zwei Monaten auf. In den Datenpool fliessen nicht alle Rechnungen nach KVG ein. Nicht erfasst sind die Rechnungen, die von den Versicherten deshalb nicht an die Versicherer eingeschickt werden, weil sie unter die Franchise fallen. (Der Anteil der über die Franchisen abgerechneten Leistungen nimmt über die Zeit klar zu.) Hingegen teilweise erfasst sind Rechnungen, die an die Versicherer geschickt werden, obwohl sie unter die Franchise fallen. Die verschiedenen Versicherer scheinen sich dabei in ihrer Praxis zu unterscheiden, ob diese Rechnungen an santésuisse weitergeschickt werden oder nicht. Ebenfalls nicht enthalten sind Rechnungen, die von den Versicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden.

Der santésuisse-Datenpool hat 2000 mit den Erhebungen begonnen. Dabei wurden Daten rückwirkend seit 1997 erhoben. Die Erhebungen werden laufend weitergeführt. Nach Angaben der santésuisse sind die laufenden Erhebungen ab 2001 von hoher Qualität. Die Anforderungen an die Krankenversicherer zur Datenübermittlung seien klar und detailliert und die Krankenversicherer bemühten sich, die Daten korrekt zu übermitteln. Einzelne Einschränkungen seien hingegen an die Daten zu machen, die rückwirkend erhoben wurden (1997-2000). Die Qualität sei hier noch nicht in allen Fällen gewährleistet. Auch sind die Daten für 1997 und 1998 nicht monatlich, sondern nur jährlich abgelegt.

Der Datensatz ist sehr gross und arbeitet mit einer Laufzeit von fünf Jahren, d.h. ältere Angaben werden abgekoppelt. Die Jahresdaten sind jeweils über fünf Jahre im direkten Zugriff zugänglich (bei Monatsdaten sind es drei Auswertungsjahre). Die Daten davor sind im gleichen Aggregationsgrad vorhanden, sie sind aber auf einer separaten Archivdatenbank ausgelagert.

Daten der NewIndex AG

Die NewIndex ist als eine Aktiengesellschaft der kantonalen Ärztesellschaften, der FMH und von Management Partnern im Mai 2000 gegründet worden, um die Ärzteschaft in der Einführung und Anwendung von TARMED zu unterstützen.³⁴ Die NewIndex AG sammelt über elf regionale Trustcenter Daten auf der Grundlage der ärztlichen Rechnungen. Die Hauptaufgabe der NewIndex AG ist es somit, die Daten der regionalen Trustcenter auf nationaler Ebene zu konsolidieren. Die NewIndex AG erfasst alle Rechnungen der Ärzte, die an eines der TrustCenter angeschlossen sind. Dadurch verfügt die Newindex über die derzeit aktuellste und umfassendste Datenbasis über in Rechnung gestellte, erbrachte ärztliche Leistungen in der Schweiz.

³⁴ <http://www.newindex.ch/default.asp> (Juli 2004)

Die Daten der NewIndex AG werden für verschiedene Zwecke verwendet, wovon die wichtigsten sind:

- Die NewIndex AG lieferte als einmaliger Auftrag die Datengrundlagen für die Festlegung der Taxpunktswerte in 24 Kantonen.
- Die Ärzteschaft bringt die über NewIndex bereitgestellten Daten zur Leistungsentwicklung im Kostenneutralitätsbüro ein.
- Die TrustCenter und NewIndex können auch im Auftrag der Krankenkassen die elektronische Datenübertragung zwischen Ärzten und Krankenkassen abwickeln. Die NewIndex ist ein wichtiger Anbieter dieser Dienstleistung – aber nicht der einzige – die bei den Krankenversicherern den Aufwand der Rechnungsabwicklung reduziert. Die Krankenversicherer können bei NewIndex oder TrustCentern die Rechnung elektronisch abrufen, indem sie den Strichcode auf der postalisch eingeschickten Rechnung einscannen.
- Für die einzelnen Arztpraxen erstellt die NewIndex AG zudem den sogenannten «Praxispiegel» mit Vergleichsgrössen zwischen einer eigenen Arztpraxis mit Durchschnittswerten (Baumann 2004). Beispielsweise können die einzelnen Ärzte dadurch beobachten, ob sie selber in der Verrechnung von TARMED-Leistungen stark vom Schnitt abweichen und allenfalls ein Wirtschaftlichkeitsverfahren drohen könnte. Diese Dienstleistung ist für die angeschlossenen Ärzte gratis. Möglicherweise wird NewIndex in der Zukunft für Ärzte Daten über die Patienten, Indikationen und den verschriebenen Leistungen erstellen, womit für die Ärzte ein Leistungscontrolling möglich wird.
- Die NewIndex AG liefert die national konsolidierten Daten an die nationalen Facharztgesellschaften. Dadurch können Leistungsentwicklungen und -verschiebungen zwischen den Facharztgesellschaften beobachtet werden.

Insgesamt liefert die NewIndex AG Daten für die Ärzteschaft und ihre Standesorganisationen, darüber hinaus sind aber weitere Verwendungen für die Gesundheitspolitik denkbar.

Im NewIndex ist jede elektronisch erstellte und übermittelte Rechnung einzeln abgelegt. Die Daten werden ab Rechnungsbeginn 1.1.2004 erhoben, d.h. seit der Einführung von TARMED im KV-Bereich. Die *Rechnungen* sind als Basisinformationen vorhanden und sämtliche weitere Zusammenstellungen basieren auf diesen Rechnungen. Für die Auswertungen werden die Patienten und bei aggregierten Auswertungen auch die Ärzte anonymisiert. Als Variablen sind somit alle nach TARMED-Positionen in Rechnung gestellten *Leistungen* enthalten. Dazu gehören die Leistungen nach KVG, VVG, MV, IV, und UV. Die Stärke der Daten der NewIndex AG ist, dass sie derzeit als einzige breite Analysen auf der Ebene der einzelnen im ärztlichen Praxisbereich erbrachten Leistungen zulassen. Beispielsweise hat die NewIndex AG bereits Analysen darüber gemacht, welche Tarmed Positionen besonders oft pro Sitzung verwendet werden und wie gross der Anteil der Kosten einzelner Positionen an allen verrechneten Kosten ist (Ruedlinger/NewIndex 2004: 26-27). Somit lassen sich in der Wirkungsanalyse auch die Verschiebungen zwischen ärztlichen und technischen Leistungen beobachten.

Die Analyse nach *Facharztgruppen* ist ein wesentlicher Auftrag der NewIndex AG, und entsprechend können alle Daten der Rechnungen nach den 47 Facharztgruppen im Raster der FMH analysiert werden. Ebenfalls möglich und geplant sind Analysen für Kombinationen von Fachärzten und Regionen sowie Analysen für Ärzte, die faktisch in verschiedene Kategorien von Fachärzten fallen. Standardmässig werden Analysen auf Kantonsebene durchgeführt. Technisch möglich sind aber auch Analysen auf Gemeinde- und Bezirksebene oder auf der Ebene der *Postleitzahlen*. Zeitlich lassen sich Analysen grundsätzlich bis auf die *Tage* der Rechnungsstellung bzw. wahlweise von erbrachten Leistungen machen.

Es sind auch einzelne Leistungen von *Belegärzten* enthalten. Allerdings sei die Situation hier sehr schwierig, weil die Spitäler unterschiedliche Vorgehensweisen für die Abrechnung dieser Leistungen haben. Viele Rechnungen verlassen das Spital nicht und sind damit nicht ausgewiesen.

Die NewIndex AG erhält die *Rechnungen* über zwei verschiedene Quellen, von TrustCenters und von der Ärztekasse (im Sommer 2004 ca. 25'000 pro Tag, wobei ein Teil bereits an ein TrustCenter angeschlossen war). Im ersten Halbjahr 2004 hat die NewIndex AG rund 3 Mio. Rechnungen erhalten. Die Angaben der Ärztekasse müssen clearingfähig sein und diejenigen der TrustCenter müssen formalen Anforderungen (XML-Schemenkonformität) genügen. Es gibt zwischen 13'000 und 14'000 *Praxen*. Zu einem grossen Teil lieferten die Ärzte 2004 die Rechnungen rückwirkend auf Jahresbeginn mit. Somit kann davon ausgegangen werden, dass für das Jahr 2004 bereits die Rechnungen der Hälfte der Arztpraxen von der NewIndex AG erfasst werden. In den nächsten Jahren könnte dieser Anteil noch steigen. Die *Repräsentativität* der abgedeckten Arztpraxen ist schwierig zu beurteilen. Die bedeutendsten systematischen Ausfälle zeigten sich bisher aufgrund der Abrechnungssoftware der Softwarefirmen. Grundsätzlich sind die Softwarefirmen in der Romandie kleiner als in der Deutschschweiz und hatten mehr Mühe, den Standard XML3 anzuwenden. Der Kanton Waadt ist bisher nicht beteiligt, weil dort eine andere Lösung getestet wird. Der kantonale Ärzteverband entwickelt im sogenannten «Centre de Confiance» eine eigene webbasierte Fakturierungssoftware, die für die Mitglieder unentgeltlich ist. Es ist denkbar, dass in Zukunft Daten der Waadt in den NewIndex integriert werden. Die NewIndex erhält über die Ärztekasse Daten aus der Waadt, die gesondert analysiert werden können. Die Abdeckung nach Facharztgruppen lässt sich mit Zahlen der FMH überprüfen.

Es sind in erster Linie Analysen möglich für die *Zeit* seit der Einführung von TARMED. Mit den Daten der Ärztekasse ist es grundsätzlich möglich, einen Zeitvergleich bis rund drei Jahre vor der Einführung von TARMED zu machen. Möglich sind bspw. Kostenanalysen für Facharztgruppen mit einem Vorher-Nachher-Vergleich oder der Vergleich von besonders häufig erbrachten Leistungen. Allerdings sind die Leistungen wegen den zum Teil sehr unterschiedlichen Tarifen schwierig zu vergleichen. Diesbezügliche Auswertungen seien zwar technisch möglich, aber meist schwierig und aufwendig.

santésuisse-Tarifpool

Der Tarifpool soll den santésuisse-Datenpool mit detaillierten Zahlen zu den einzelnen erbrachten Leistungen und den Leistungsanbietern ergänzen. Er soll die Leistungen nach TARMED-Tarifpositionen erfassen, d.h. grundsätzlich soll alles erfasst werden, was auf dem übermittelten Rechnungsformular eingetragen ist. Die santésuisse konzipiert den Tarifpool als Gegenstück zum NewIndex der Ärzteschaft für die TARMED-Kontrolle und -Entwicklung und wird den Tarifpool für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verwenden.

Im Vergleich zum santésuisse-Datenpool erlaubt der Tarifpool Analysen für die einzelnen *TARMED-Tarifpositionen*. Folgende wichtige Fragen können damit bearbeitet werden: Welche Tarifpositionen werden bei welchen Leistungserbringer-Gruppen und in welchen Kantonen verwendet? Welche Tarifpositionen verwendet ein einzelner Leistungsanbieter für welche Versichertengruppen (Alter/Geschlecht und Wohnkanton) im Vergleich zur Leistungserbringer-Gruppe?

Wie der Datenpool basiert der Tarifpool auf den durch die Krankenversicherer an santésuisse übermittelten Rechnungen. Nicht alle Versicherer können Daten für den Tarifpool liefern, weil zur Übermittlung ein Vorkonzept (Data-Warehouse) nötig sei. Deshalb wird vermutet, dass die Abdeckung des Tarifpools geringer sein wird als im Falle des Datenpools. Die Abdeckung sollte aber bereits von Beginn weg ab 2004 grobe Trendaussagen erlauben. Die santésuisse hat im April 2004 beschlossen, den Tarifpool einzurichten. Operativ wird der Tarifpool ab dem 1.1.2005 sein. Vorgesehen ist eine rückwirkende Erfassung der Daten von 2004. Der jährliche Datenbestand dürfte ungefähr fünfmal grösser sein als der santésuisse-Datenpool.

Amtliche Erhebungen unter Krankenversicherern

Die Krankenversicherungsstatistik verfügt über keine zentrale amtliche Datengrundlage. Das BAG sammelt Daten über verschiedene Erhebungen und mit unterschiedlichen Datenlieferanten (Känzig 2002). Dazu gehören Erhebungen mit Daten, die für die Wirkungsanalyse TARMED nicht von Bedeutung sind,

z.B. die Informationen zur Prämienverbilligung und die Daten für die Durchführung des Risikoausgleichs. Ebenfalls Datenquellen für die Krankenversicherungsstatistik sind die nachfolgend diskutierte Statistik der stationären Betriebe BfS und der santésuisse-Datenpool. Zusätzlich dazu sind zwei amtliche Erhebungen unter den Krankenversicherern zu nennen, die für die Wirkungsanalyse TARMED ebenfalls von Bedeutung sein können.

Die *KrankenKassenDatenBank KKDB* ist eine amtliche Erhebung unter den Krankenversicherern, die das Bundesamt für Gesundheit (bzw. Bundesamt für Sozialversicherung) für die Aufsicht über die Versicherer durchführt. Sie enthält wichtige Kennzahlen zur finanziellen Situation der Versicherer und zur Versichertenstruktur. Die Versicherer geben auch Auskunft über ihre Prämien und die nach Leistungsarten unterteilten Bruttoleistungen (z.B. Medikamente, Arzt ambulant, etc.).

Die Krankenversicherer müssen zudem dem BAG für die *Prämiengenehmigung* Daten liefern über den Geschäftsstand, die Mitgliederzahlen, Prämien und Kosten. Im Unterschied zur KKDB liefern die Versicherer hier jeweils auch Hochrechnungen über die Kostenentwicklung für das laufende Jahr auf der Basis der Resultate der ersten Jahreshälfte und eine Prognose für das Folgejahr.

Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens

Die Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens ist eine amtliche Statistik, die eine Reihe zentraler Daten über Krankenhäuser und sozialmedizinische Institutionen umfasst (Zahnd 2001: 218-222).³⁵ Die Statistik setzt sich zusammen aus vier Erhebungen. Die Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens ist die Datenbasis, auf die bei Tarifstreitigkeiten zurückgegriffen wird. Drei dieser Erhebungen laufen bereits jährlich seit 1997 (bzw. 1998) und sind für sämtliche stationäre Betriebe (d.h. Krankenhäuser oder sozialmedizinische Institutionen) obligatorisch.

Die *Krankenhausstatistik* (BfS 1997) erhebt die betrieblichen Daten der Krankenhäuser. Neben Merkmalen der Betriebe wie Rechtsform und vorhandene Infrastruktur werden Aufwand und Erträge erhoben. Die Krankenhausstatistik erhebt die im Spital angebotenen Leistungen und eine Reihe von Merkmalen zu den ausgetretenen Patienten (Alter, Abteilung (teilstationär, stationär, ambulant)).

Die *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen* (BfS 1997a) erfasst ähnliche Indikatoren wie die Krankenhausstatistik. Die Erhebungseinheiten sind in diesem Fall Unternehmen wie Altersheime, Heime für Drogenabhängige, Kurheime, etc. Diese Statistik erhebt zwar das Leistungsangebot, nicht aber einzelne Leistungen.

Die *medizinische Statistik der Krankenhäuser* erhebt in den Krankenhäusern Daten für einzelne Behandlungsfälle. Im Unterschied zu den betrieblichen Statistiken oben handelt es sich hier um eine patientenbezogene Vollerhebung der stationären und teilstationären Spitalbehandlungen. Die ambulanten Behandlungen können von den Krankenhäusern fakultativ angegeben werden, was in der Praxis aber selten geschieht. Erhoben werden Patientenmerkmale, Aufenthaltsmerkmale, Diagnosen (ICD-10) und die chirurgische und medizinische Behandlung, wobei die Diagnosen vollständiger und detaillierter erfasst werden als die Behandlungen. Es werden Daten für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen erfasst, ebenfalls angegeben wird der Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen (also z.B. ob es sich um eine Leistung nach KV handelt). Durch letzteres wird diese Statistik auch für die Synthesestatistik zu den Kosten im Gesundheitswesen verwendet. In der Behandlung werden Eingriffe nach der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP-2) erfasst, die ähnlich detailliert ist wie der Katalog der Taxpositionen in TARMED. Rund 85% der Spitäler sind darin erfasst. Aus der medizinischen Statistik werden auch die zukünftigen Fallpauschalen für stationäre Spitalaufenthalte berechnet (im Rahmen des diagnosebezogenen Entgeltsystems SwissDRG).³⁶

³⁵ und: http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/gewe/dtfr14a.htm (August 2004).

³⁶ <http://www.swissdr.org/de/index.asp?navid=0> (August 2004)

Ergänzt wird die Statistik der stationären Betriebe durch eine vierte Erhebung. Im Unterschied zu den drei Erhebungen oben ist die Statistik diagnosebezogener Fallkosten (*Fallkostenstatistik*) eine fakultative Erhebung unter den Krankenhäusern, die erst für 2003 und folgende Daten erhebt (BfS 2000). Es handelt sich um eine Ergänzung der medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Die Fallkostenstatistik erfasst nicht die in Rechnung gestellten Leistungen, sondern die effektiven Kosten. Neben den zusätzlich zu erhebenden erbrachten Leistungen pro Fall werden auch Kosten der Infrastrukturkostenstellen (Verwaltung, Küche, Apotheke, usw.) und der Hilfskostenstellen (Kiosk, Forschung, usw.) mitberechnet.

Über die Spitäler gibt es auch einfache Angaben aus der seit 1905 bestehenden Betriebszählung des BfS. Namentlich erfasst diese Statistik die Bettenzahl in den Spitälern (BfS 2004).

Erhebungen und Studien der FMH

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH verfügt über Mitgliederdaten und hat auch bereits Studien in Auftrag gegeben, die für die Wirkungsanalyse von TARMED von Interesse sein könnten.

Seit 1923 führt die FMH eine Statistik über ihren *Mitgliederbestand*. Für die Mitglieder werden neben dem Kanton, Alter und Geschlecht das Fachgebiet und die Art der Tätigkeit erfasst. Diese Angaben werden vom Bundesamt für Statistik verwendet zur Berechnung der Ärztedichten (Anzahl praktizierender Ärzte bzw. Ärzte pro 1000 Einwohnern). (BfS 2004: 605, 612f.)

Die FMH führt das *Ärztregister*, ein Verzeichnis über die in den Medizinalberufen erteilten eidgenössischen und anerkannten ausländischen Diplomen und Weiterbildungstitel.³⁷ Im Register werden die nach FMH geltenden Facharztstitel, Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise erfasst.³⁸ Dazu zählen auch die Belegärzte. Zum Teil sind gesamtschweizerische Zahlen in der Ärztestatistik in der Schweizerischen Ärztezeitung ausgewiesen.

Die FMH liess seit den siebziger Jahren verschiedene *Studien über die Einkommenssituation in der Ärzteschaft* erstellen. Diese decken die Einkommenssituation für die Bundessteuerperioden seit 1983/84 lückenlos ab (Hasler 2001, Hasler 2004). Der zentrale Indikator für die Einkommenssituation ist das AHV-pflichtige Einkommen. Die Einkommenssituation wird analysiert nach Spezialitäten und Kanton der Praxisadresse. Verwendet wird eine Vollerhebung der AHV-pflichtigen Einkommen derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die in der AHV-Ausgleichskasse der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte in St. Gallen angeschlossen sind. Der gegenwärtige Abdeckungsgrad beträgt rund 75%. Die Berichte stehen mit rund drei Jahren Verspätung zur Verfügung, wobei dieser zeitliche Abstand durch die Umstellung auf die Gegenwartsbesteuerung verringert werden könnte.

37 Art. 10 der Verordnung über die Weiterbildung und die Anerkennung der Diplome und Weiterbildungstitel der medizinischen Berufe vom 17. Oktober 2001. SR 811.113.

38 Die genaue Liste findet sich in der Weiterbildungsordnung (WBO) der FMH vom 21. Juni 2000 (Revision: 20. Januar 2003), S. 23-25; http://www.emh.ch/d/medical_adresses/physicians_fmh/WBO_FMh.pdf (August 2004)

Anhang 3: Entwürfe des Wirkungsmodells

Abbildung 4: Abstraktes Wirkungsmodell

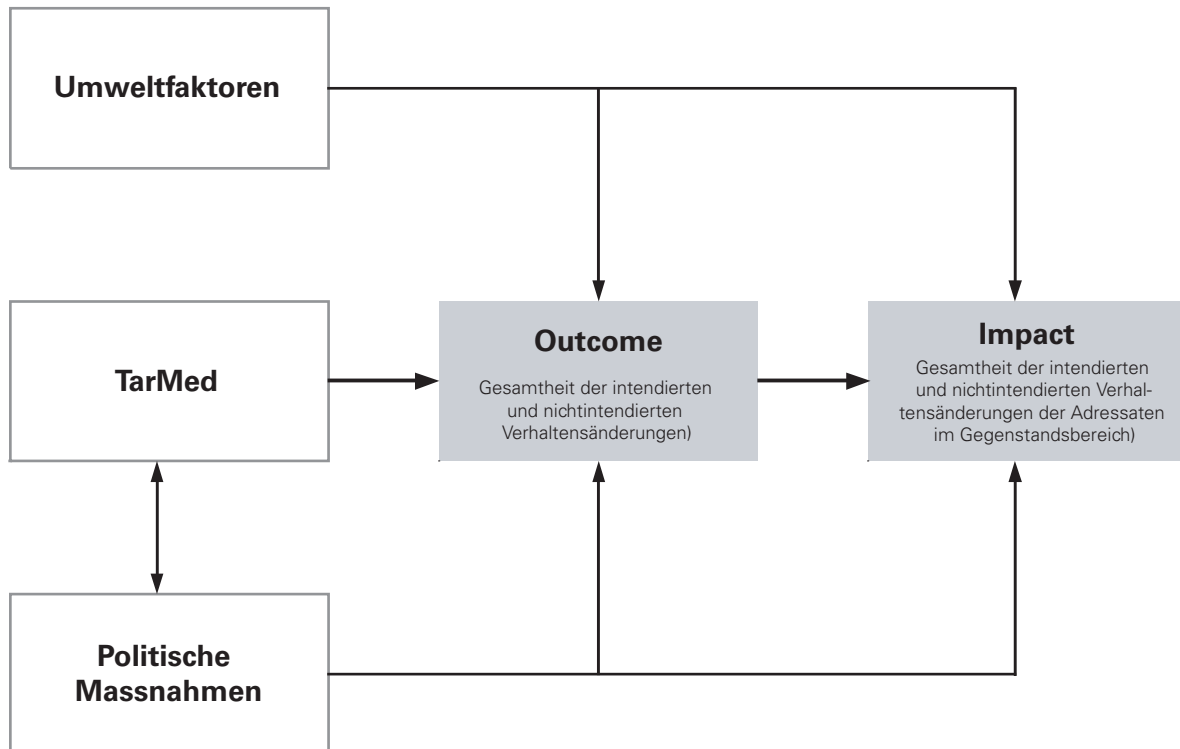


Abbildung 5: Erster Entwurf des Wirkungsmodells

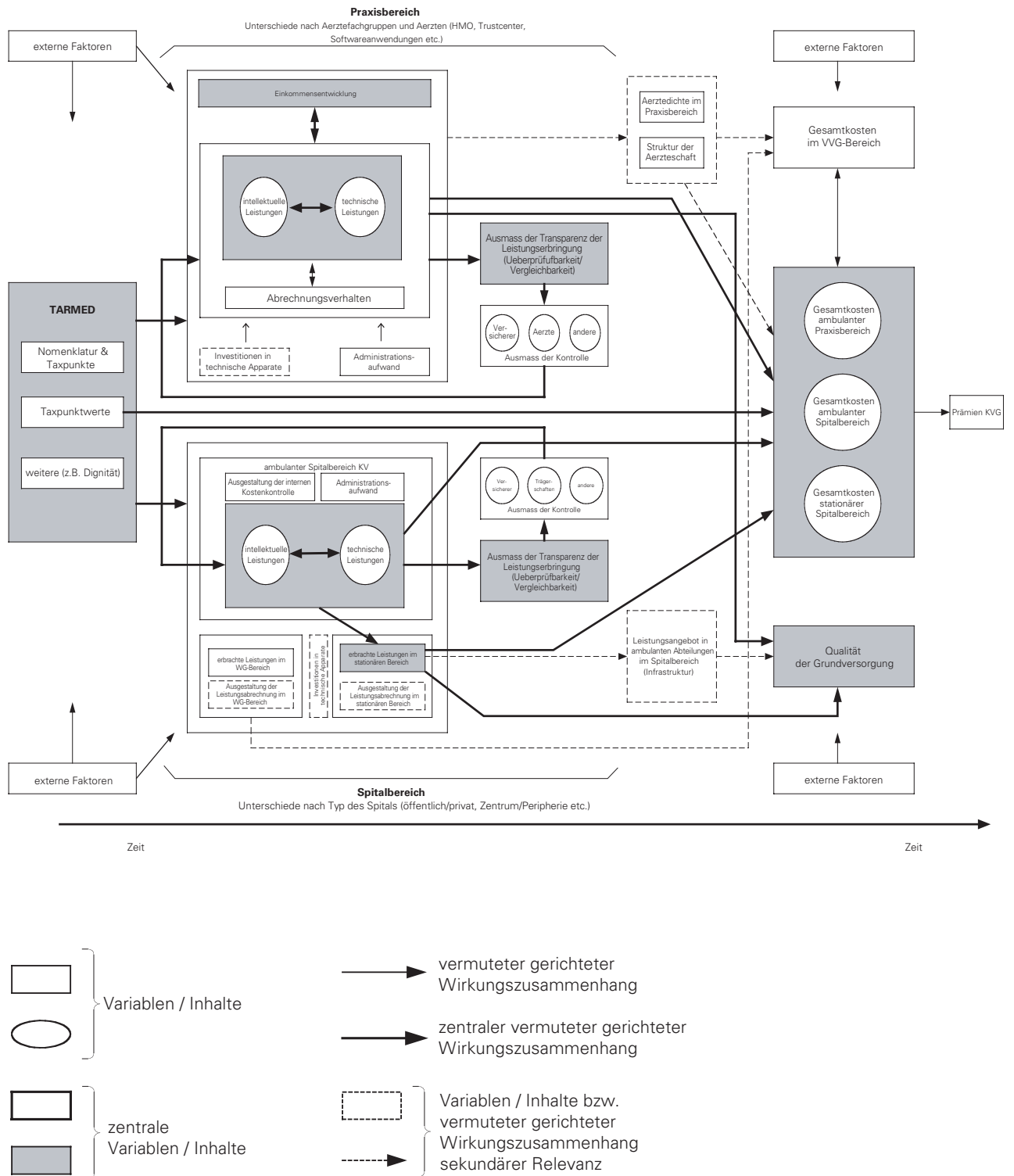


Abbildung 6: Zweiter (revidierter) Entwurf des Wirkungsmodells

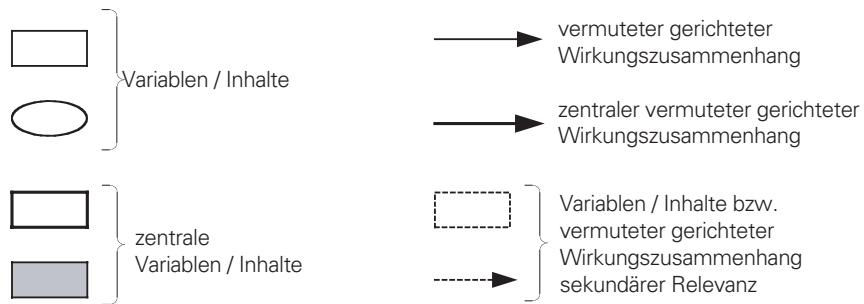
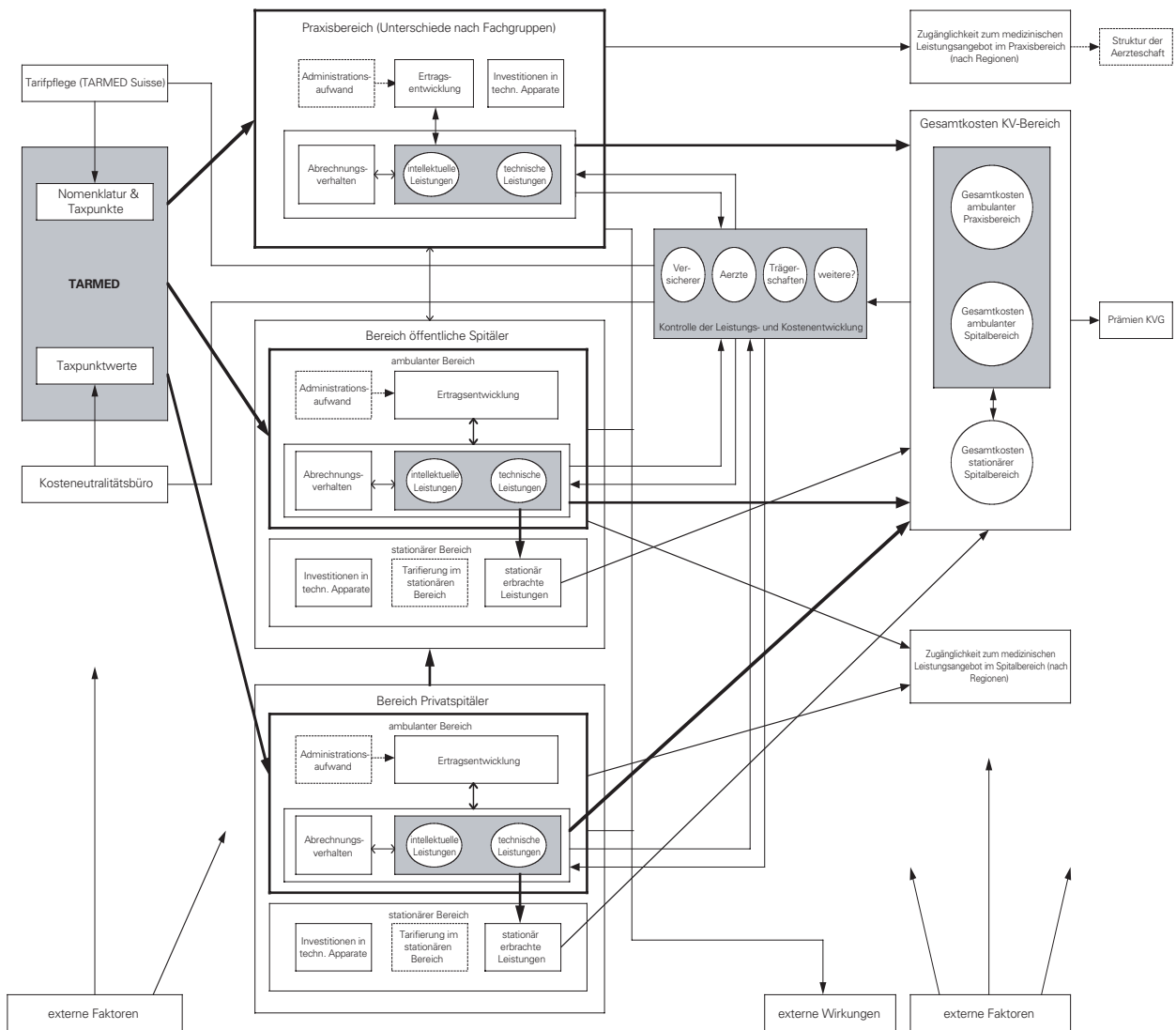


Abbildung 7: Wirkungsmodell als Ausgangspunkt für die Wirkungsanalyse 2005/06

