



Erste gesundheitsökonomische Betrachtungen zur Tarifstruktur «TARVISION»



Erste gesundheitsökonomische Betrachtungen zur Tarifstruktur «TARVISION»

Kurzgutachten im Auftrag von santésuisse und fmCh Tarifunion

Autoren:

Dr. Harry Telser

Dr. Maria Trottmann

17. April 2016

1 Vorbemerkungen

In diesem Kurzgutachten nehmen wir eine grobe gesundheitsökonomische Analyse des neu vorgeschlagenen Tarifsystems für die Vergütung von ambulanten Leistungen (TARVISION) vor. Dazu nehmen wir den bisherigen Tarif TARMED als Ausgangspunkt und untersuchen, ob sich die bestehenden Anreizprobleme im TARMED durch TARVISION verbessert haben.

In Anbetracht der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit und der Tatsache, dass wesentliche Elemente der neuen Tarifstruktur noch nicht publiziert sind, kann sich die Analyse nur auf einer relativ grossen Flughöhe bewegen. Wir haben uns dementsprechend auf die grossen erkennbaren Änderungen eingeschränkt und tendenzielle Abschätzungen in Bezug auf die Auswirkungen für die Anreizstrukturen gemacht. Für konkretere Aussagen und eine Prognose der Wirkung auf die Versorgungsstruktur wäre eine grösser angelegte Detailanalyse nötig.

2 Gesundheitsökonomische Analyse von Vergütungssystemen

Vergütungssysteme spielen im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle, weil damit mehrere für die Versorgungssituation bedeutende Ziele verfolgt werden. Grundsätzlich soll durch ein Vergütungssystem eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten bei gleichzeitig minimaler Belastung des Leistungsfinanzierers gewährleistet sein. Ein Vergütungssystem muss deshalb den Leistungserbringern die richtigen Anreize setzen. Diese bestehen darin, dass die wirksamsten Leistungen in optimalem Umfang und möglichst effizient, d. h. ohne Verschwendung von Mitteln, erbracht werden. Da die Finanzierer nicht dieselben Informationen über den Gesundheitszustand der Patienten haben wie die Leistungserbringer, ist die Gestaltung eines optimalen Vergütungssystems ein komplexes Unterfangen und mit Zielkonflikten verbunden. Diese Zielkonflikte lassen sich anhand der drei gesundheitsökonomischen Kriterien Power, Balance und Fit beschreiben.¹

- *Power* widerspiegelt, wie stark die Vergütung steigt, wenn der Leistungserbringer höhere Kosten aufweist. Ein Vergütungssystem hat geringe Power, wenn jeder zusätzliche Kostenfranken zu einer Erhöhung der Vergütung führt. In einem solchen System bestehen Anreize, die Kosten auszuweiten. Je höher die Power, desto weniger werden zusätzliche Kosten vergütet und desto stärker sind die Anreize für eine effiziente Leistungserbringung.
- *Balance* vergleicht die Power bei der Vergütung unterschiedlicher Leistungen. Die Balance ist dann am höchsten, wenn alle Leistungen nach dem gleichen Prinzip vergütet werden. Ist dies nicht der Fall, bestehen finanzielle Anreize, eine spezifische Behandlungsform vorzuziehen. Es kann zu vergütungsgetriebenen Leistungsverlagerungen kommen.
- Der *Fit* widerspiegelt, wie gut unterschiedliche Bedürfnisse der Patienten vom Vergütungssystem berücksichtigt werden. Einen hohen Fit weisen zum Beispiel Einzelleistungsvergütungssysteme auf, da alle erbrachten Leistungen vergütet werden. Fallpauschalensysteme weisen demgegenüber einen geringeren Fit auf, da die Patienten in Gruppen zusammengefasst werden und nur die erwarteten Kosten innerhalb der entsprechenden Gruppe vergütet bekommen. Je höher der Fit, desto weniger bestehen Anreize zur Patientenselektion.

¹ Vgl. dazu z. B. Geruso, M. und T.G. McGuire. 2016. Tradeoffs in the Design of Health Plan Payment Systems: Fit, Power and Balance. *Journal of Health Economics* (47):1–19.

Es besteht ein Zielkonflikt zwischen Fit auf der einen Seite und Power und Balance auf der anderen Seite. Ein höherer Fit ist nur zu Lasten einer geringeren Power und/oder Balance zu haben. Hier gilt es, den richtigen Mix zu finden.

Damit dieser Mix auch über die Zeit aufrechterhalten werden kann, muss ein Vergütungssystem zusätzlich *anpassungsfähig* sein, damit Power, Balance und Fit nicht in eine Schieflage geraten. Als Beispiel seien technologische Innovationen genannt. Typischerweise sind diese Leistungen in den ersten Jahren sehr aufwendig, über die Zeit und mit zunehmender Verbreitung werden sie jedoch immer günstiger. Wird das Vergütungssystem nicht angepasst, werden technologische Leistungen über die Zeit hochprofitabel.

In diesem Kurzgutachten analysieren wir die alte Tarifstruktur TARMED anhand dieser Kriterien und beurteilen anschliessend, was sich durch die neu vorgeschlagene Tarifstruktur TARVISION verbessert oder verschlechtert hat.

3 Fehlanreize im heutigen TARMED

Die heutige Ausgestaltung der Vergütung von ambulanten Leistungen über den TARMED ist mit einigen Anreizproblemen verbunden. Diese liegen darin begründet, dass es sich beim TARMED um einen Einzelleistungstarif handelt, der nur geringe Anpassungsfähigkeit aufweist. Zudem werden seit 2012 stationäre Leistungen mit SwissDRG vergütet; einem Fallpauschalensystem, welches einem Einzelleistungstarif diametral entgegengesetzt liegt.

Geringe Power setzt Anreize zur Mengenausweitung und behindert kostensparende Prozessinnovationen

Einzelleistungsvergütungen haben eine geringe Power, weil jede zusätzlich erbrachte Leistung zusätzlich bezahlt wird. Sie belohnen daher ein hohes Volumen an Leistungen, unabhängig davon, ob die Gesundheit des Patienten mit diesen verbessert wird oder nicht. Eine sorgfältige Evaluation und das kluge Abwägen zwischen unterschiedlichen Behandlungsalternativen werden hingegen in diesem Tarifsysteem nicht belohnt.²

Eine Einzelleistungsvergütung kann auch dazu führen, dass Prozessinnovationen für die Leistungserbringer unattraktiv sind, selbst wenn diese im Gesamtsystem zu Kostensenkungen führen. Als Beispiel sei die Investition in ein elektronisches Patientendossier genannt. Durch die verbesserte Kommunikation zwischen den Ärzten liessen sich doppelte Untersuchungen vermeiden.³ Für den einzelnen Arzt, der diese Investition in seiner Praxis tätigen müsste, entsteht dadurch aber höchstens ein Einkommensausfall.

Beide Punkte zusammen tragen dazu bei, dass sich hauptsächlich kostensteigernde technische Produktinnovationen im Gesundheitswesen verbreiten, während kostensparende Prozessinnovationen einen schweren Stand haben.

² Goroll, A. H., B. Bangle, M. Harbrecht et al.. 2010. «Payment Reform to Support High-Performing Practice – Report of the Payment Reform Task Force». Washington, D.C.: PCPCC Payment Reform Task Force.

³ Gutzwiller, F., A. Pfeil und M. Schwenkglenks. 2013. «Bericht über Evidenz zu Effekten von eHealth und Extrapolation möglicher Kosteneffekte auf nationaler Ebene für die Schweiz». Basel: Institut für Pharmazeutische Medizin (ECPM), Universität Basel.

Geringe Anpassungsfähigkeit führt zu Überversorgung von technischen Leistungen

Der TARMED basiert massgeblich auf Datengrundlagen aus den 1990er Jahren. Es ist unbestritten, dass die Tarifstruktur in grossen Teilen nicht mehr sachgerecht empfunden wird. Nicht zuletzt deshalb ist der Revisionsprozess bereits seit einiger Zeit im Gang. Das ist nicht weiter erstaunlich, führt doch der medizinisch-technologische Wandel immer wieder zu Änderungen in der Erbringung von Leistungen. Dies hat zur Folge, dass die Kostensätze für ärztliche (AL) und technische Leistungen (TL) oder die Minutagen der Handlungsleistungen immer weniger den echten Aufwänden der Leistungserbringer entsprechen.

Die Vergütung folgt diesen Änderungen jedoch kaum. Die Trägheit der Preise mindert so über die Zeit die Balance des Tarifsystems. Stark technische Leistungen profitieren üblicherweise stärker von trägen Preisen als «gesprächsbasierte» Leistungen, da der medizinisch-technologische Fortschritt hier zu grösseren Produktivitätsfortschritten führen kann. Das Vergütungssystem setzt damit Anreize, mehr technische Leistungen zu erbringen, auch wenn diese für die Gesundheit des Patienten nicht immer die beste Wahl sind.

Geringe Balance an der Schnittstelle ambulant/stationär führt zu vergütungsgetriebenen Leistungsverlagerungen

Die Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich unterscheiden sich vor allem seit der Einführung von SwissDRG diametral. Durch die pauschalierte Finanzierung des stationären Sektors entstehen Anreize, Leistungen in den ambulanten Bereich zu verschieben, wo jede Leistung einzeln abgerechnet werden kann. Unerwünscht ist dies dann, wenn es nicht aufgrund des Patientenwohls, sondern aus vergütungstechnischen Gründen erfolgt.

Ein besonders deutliches Beispiel von geringer Balance sind die ambulant und stationär erbrachten Leistungen innerhalb desselben Spitals. Für das Spital ist es aufgrund der Unterschiede in den Tarifsystemen lukrativ, möglichst viele Leistungen kurz vor oder nach dem Spitalaufenthalt ambulant zu erbringen. Dies reduziert die Kosten auf dem stationären DRG und erhöht gleichzeitig den Ertrag im spitalambulanten Bereich.

Die einheitliche Vergütung limitiert die Ausrichtung des Angebots auf den Bedarf

In vielen Märkten ausserhalb des Gesundheitswesens bestimmt die Nachfrage das Angebot an Leistungserbringern. Gibt es in einem Gebiet oder in einer Spezialisierung eine Unterversorgung, steigen dort die Preise und locken neue Anbieter an. Falls in einem Gebiet eine Überversorgung herrscht, verhält es sich umgekehrt. Solche Ausgleichsmechanismen werden in der ambulanten Gesundheitsversorgung durch die einheitliche Vergütung des TARMED (zusammen mit dem Kontrahierungszwang) verhindert. Dies trägt z. B. mit dazu bei, dass es kaum einen Mangel an Spezialisten in urbanen Gebieten gibt, aber Allgemeinpraktiker auf dem Land gesucht sind.

Da keine Ausgleichsmechanismen für Über- oder Unterversorgung in der Tarifstruktur vorgesehen sind, werden die Anreize zur Mengenausweitung im TARMED teilweise noch verstärkt, wenn mehr (Fach-)Ärzte in einem geographischen Gebiet tätig sind, als zur Versorgung der Bevölkerung notwendig wären.

4 Das neue ambulante Tarifsystem TARVISION

TARVISION wurde von der FMH in Zusammenarbeit mit H+ und der MTK erarbeitet. Am grundsätzlichen System der Tarifstruktur wurde bei der Überarbeitung festgehalten. Wie bereits der TARMED ist auch TARVISION

- ein *Einzelleistungstarif*, der prinzipiell aus Handlungs- und Zeitleistungen besteht und
- bei dem die Positionen grundsätzlich *datenbasiert bewertet* wurden.

Das Tarifsystem wurde in verschiedener Hinsicht gegenüber dem TARMED vereinfacht

- *Reduzierung der Handlungsleistungen zugunsten von Zeitleistungen und Referenzleistungen*
Im neuen Tarif fällt auf, dass vermehrt relativ unspezifische Zeitleistungen sowohl bei den ärztlichen als auch technischen Leistungen zum Einsatz kommen, während unter TARMED häufiger spezifische medizinische Behandlungen vergütet wurden. Zusätzlich sind die Handlungsleistungen teilweise aufgebrochen worden, indem einzelne Komponenten herausgerechnet wurden und neu separat abgerechnet werden sollen. Während der TARMED also prinzipiell jeder medizinischen Leistung einen eindeutigen Preis zuordnete, welcher sich an den durchschnittlichen Kosten orientierte, wird im neuen Tarif spezifischer die aufgewendete Zeit erfasst und vergütet.
- *Ersatz der quantitativen Dignitäten durch den «individuellen ärztlichen Faktor IAF»*
Die quantitativen Dignitäten wurden in TARVISION vollständig aus der Tarifstruktur entfernt. Dafür soll neu für jede Ärztin ein individueller Faktor anhand einer Wertematrix berechnet werden, mit der ihr generiertes Taxpunktavolumen am Schluss multipliziert wird. Die Wertematrix kann verschiedene Kriterien beinhalten wie Qualität, Weiterbildung, Erfahrung oder gesundheitspolitische Faktoren. Durch eine Normierung des Faktors wird Kostenneutralität innerhalb eines «Vertragsraums» angestrebt.

Neben der Neudefinition der Handlungs- und Zeitleistungen wurden in TARVISION auch die *Kostenmodelle aktualisiert*, die für die Bestimmung der Kostensätze der ärztlichen (AL) und technischen Leistungen (TL) gebraucht werden. Die grundsätzliche Aufteilung aus dem TARMED wird beibehalten, indem es drei unterschiedliche Kostenmodelle gibt, eines für den Kostensatz AL und zwei für den Kostensatz TL (je nachdem, ob die Leistungen mehrheitlich in freien Praxen oder spitalambulant erbracht werden).

Um eine kostenneutrale Einführung der neuen Tarifstruktur zu ermöglichen, werden die aus den Kostenmodellen berechneten Taxpunkte mit einem *Normierungsfaktor* multipliziert. Dazu wird eine Transcodierung aller TARMED-Leistungen nach TARVISION vorgenommen. Dies erlaubt es, die Taxpunkte nach TARVISION zu normieren, so dass die Gesamtanzahl an Taxpunkten gewichtet mit dem Leistungsvolumen des TARMED nicht steigt. Derzeit wird ein Normierungsfaktor von 0.73 genannt, mit dem alle in TARVISION bewerteten Taxpunkte multipliziert werden.

5 Einschätzung von TARVISION aus gesundheits- ökonomischer Sicht

Eine erste grobe Einschätzung der neuen Tarifstruktur zeigt, dass der Einzelleistungsvergütungscharakter in TARVISION noch zugenommen hat. Der verstärkte Einbezug von unspezifischen Zeitleistungen (alleinstehend oder als Zuschlagsleistungen) führt dazu, dass TARVISION näher an der Kostenrückerstattung ist, als dies beim TARMED der Fall war. Es ist davon auszugehen, dass dadurch die *Power des ambulanten Vergütungssystems reduziert und im Gegenzug der Fit erhöht* wird. In diesem Zusammenhang sind folgende Punkte zu nennen:

- Die Anreize zur Mengenausweitung, wie sie bereits im TARMED vorhanden sind, verstärken sich voraussichtlich noch einmal. Es ist nicht ersichtlich, dass im Tarifsystem Grenzen eingebaut wurden, damit die unspezifischen Leistungen nicht zur Mengenausweitung missbraucht werden können.
- Das Problem der Mengenausweitung ist besonders bei Leistungen in Abwesenheit des Patienten gefährlich, weil hier überhaupt keine Kontrolle stattfindet. In Anwesenheit des Patienten könnte ein Zeittarif eher kontrollierbar sein, weil der Patient, welcher die tatsächlich erbrachte Zeit ja kennt, die Leistungsabrechnung besser nachvollziehen und überprüfen kann.
- Unter TARVISION sollen Zeitleistungen eher bei nichtstandardisierten Leistungen mit einem stark unterschiedlichen Leistungsaufwand pro Patient zur Anwendung kommen (Erhöhung des Fit). In solchen Fällen ist es tatsächlich nicht immer so, dass ein Vergütungssystem mit hoher Power (z. B. ein pauschalisiertes System) zu Kosteneinsparungen führt. Dies ist besonders dann nicht der Fall, wenn eine kleinere Untergruppe an Patienten einen stark höheren Leistungsbedarf aufweist als andere Patienten. Der Durchschnitt wird von diesen schweren Patientenfällen in die Höhe gezogen. Eine Vergütung, welche sich am Durchschnitt orientiert, ist also für die leichteren Patientenfälle (die Mehrheit) zu grosszügig. So werden Anreize gesetzt, zusätzliche Leistungen für leichtere Patientenfälle zu erbringen. Die Datengrundlagen für die Zuteilung zu Handlungs- und Zeitleistungen in TARVISION sind jedoch nicht veröffentlicht und damit nicht überprüfbar.
- Zudem ist es nicht ersichtlich, wie verhindert werden soll, dass mit Zeitleistungen mehr abgerechnet werden kann, als tatsächlich Leistungen erbracht werden. Dies gilt vor allem dann, wenn das Arbeitspensum der einzelnen Ärzte nicht überprüft werden kann (z. B. in Gruppenpraxen oder im spitalambulanten Bereich). Für den Leistungsfinanzierer ist es dann unmöglich zu überprüfen, ob die gesamte abgerechnete Taxpunktmenge einer realistischen Arbeitszeit entspricht.

Neben der voraussichtlichen Reduzierung der Power und der Erhöhung des Fits führt die stärkere Charakterisierung als Einzelleistungstarif zusätzlich auch zu einer noch stärkeren Divergenz im Hinblick auf die pauschalierte Vergütung im stationären Bereich. Es ist dementsprechend davon auszugehen, dass es mit TARVISION zusätzlich auch zu einer *Reduktion der Balance an der Schnittstelle ambulant/stationär* kommt.

- Die reduzierte Balance kann die bereits bestehenden Anreize erhöhen, Leistungen aus Gründen der Vergütung stationär oder ambulant zu erbringen, beziehungsweise, wie oben beschrieben, eine Kombination von ambulant und stationär innerhalb des gleichen Spitals anzustreben.

Die Streichung der quantitativen Dignität⁴ und die Schaffung des IAF in TARVISION sowie die Aktualisierung der Kostenmodelle *verbessern grundsätzlich die Anpassungsfähigkeit* des Tarifsystems.

- Das Konzept des IAF ist relativ allgemein gehalten und prinzipiell offen konstruiert. Dies würde es im Grundsatz erlauben, gemeinwirtschaftliche Ziele (z. B. regionale Über- und Unterversorgung, Qualität, Weiterbildung) in das Vergütungssystem einzubringen. Aus gemeinwirtschaftlicher Sicht «erwünschtes» Verhalten könnte also zusätzlich entlohnt werden, was zu begrüßen wäre. Diese Einschätzung ist grundsätzlicher Natur; derzeit ist es noch unklar, welche Parameter letztendlich genau in den IAF einfließen werden, wer hier Mitspracherechte hat bzw. wer über die genaue Ausgestaltung entscheidet und ob regelmässige Anpassungen möglich sein werden.
- Mit der Aktualisierung der Kostenmodelle bzw. aller zugrundeliegenden Daten bestünde die Möglichkeit, ein System zu implementieren, welches periodisch an die neuen Gegebenheiten angepasst wird. Dies war ursprünglich explizit als Ziel der Revision genannt. Konkret ist derzeit nicht ersichtlich, ob eine regelmässige Aktualisierung geplant ist und, falls ja, wie diese genau umgesetzt werden soll. Im Hinblick auf die Anpassungsfähigkeit des Tarifsystems wäre es wünschbar, wenn eine regelmässige, standardisierte Erfassung der Kosten stattfinden würde. Diese findet im stationären Bereich (z. B. Fallkostenstatistik des Bundesamtes für Statistik) und in vergleichbaren Ländern wie Deutschland bereits statt. Die Verfügbarkeit einer aktuellen, transparenten und von den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen akzeptierten Datenbasis würde zukünftige Verhandlungen über eine leistungsgerechte Vergütung erleichtern.

Die Anwendung eines *Normierungsfaktors* zur Sicherstellung der Kostenneutralität ist grundsätzlich nachvollziehbar. Wenn Leistungen heute kostendeckend erbracht werden können, ist es kaum berechtigt, dass die gleichen Leistungen ab Einführung einer neuen, kostenbasierten Tarifstruktur rund 30 Prozent höher vergütet werden sollen. Es stellen sich aber Fragen bei der konkreten Berechnung des Faktors.

- Kritisch zu betrachten ist hier die Verteilungswirkung eines einheitlichen Faktors, falls es erhebliche Unterschiede in der Grosszügigkeit der Leistungsbewertung gibt. Solche Unterschiede könnten beispielsweise zwischen den Arztpraxen und dem Spitalambulanten Bereich bestehen, denn die beiden Kostenmodelle Koreg und Infra unterscheiden sich fundamental. Falls eine der Methoden zu einer grosszügigeren Bewertung der Leistungen führt, wird die andere Gruppe möglicherweise benachteiligt. Es ist nicht ersichtlich, welche Normierungsfaktoren sich ergeben hätten, wenn sie für Leistungen der Koreg oder Infra getrennt berechnet worden wären. Es wird nur pauschal gesagt, dass kein signifikanter Unterschied im Normierungsfaktor zwischen freipraktizierenden Ärzten und Spital bestehe, ohne zu nennen, was dies konkret heisst.
- Falls es solche Unterschiede in der Leistungsbewertung zwischen verschiedenen Bereichen oder Disziplinen gibt, würde dies eigentlich unterschiedliche Normierungsfaktoren nötig machen. Andernfalls wäre es denkbar, dass die durch einen einheitlichen Normierungsfaktor benachteiligten Bereiche die resultierenden Fehldeckungen ihrer Fixkosten über Mengenausweitung kompensieren könnten.

⁴ Quantitative Dignitäten wie im TARMED sind in vergleichbaren datengestützten Tarifsyste men z. B. in Deutschland (Einheitlicher Bewertungs massstab) und den USA (Resource Based Relative Value Scale, Medicare) ebenfalls nicht zu finden.

6 Fazit

Zusammenfassend lässt sich nach dieser ersten Grobanalyse festhalten, dass das neue Tarifsystem TARVISION die bestehenden Anreizprobleme des TARMED nicht verbessert, sondern eher noch verschlechtert.

- Die *Anreize zur Mengenausweitung* erhöhen sich, weil die Power des Systems durch den vermehrten Einsatz von Zeitleistungen abnimmt. Sollten sich die Eindrücke dieser ersten Analyse bestätigen, stellt sich langfristig die Frage, durch welche Kontroll- oder Limitierungsmechanismen die Mengenausweitung beschränkt werden kann. In Frage kämen hier grundsätzlich die Aufhebung des Vertragszwanges, die Verstärkung der bestehenden Wirtschaftlichkeitskontrollen (z. B. durch eine Festlegung einer maximal abrechenbaren Arbeitszeit pro Arzt), oder auch ein Globalbudget, ähnlich wie es in Deutschland im ambulanten Bereich zur Anwendung kommt. Die Aufhebung des Vertragszwangs wäre dabei eine Flexibilisierung gegenüber dem heutigen System. Es würde stärker als heute den Marktkräften vertraut, und flexible Verhandlungslösungen zwischen Versicherern und Ärzten über die Versorgung und Vergütung würden begünstigt. Die beiden letzteren Massnahmen sind eher dirigistisch. Den Institutionen an den Stellschrauben (Durchführer der Wirtschaftlichkeitskontrollen beziehungsweise Verwalter des Globalbudgets) kommt eine erhebliche Bedeutung in der zukünftigen Gestaltung des Versorgungssystems zu. Es ist nicht klar, ob diese Konzentrierung der Entscheidungskompetenz im Sinne der Allgemeinheit wäre. Im Gegensatz zur flexiblen Verhandlungslösung hätten Ärzte oder Patienten, welche mit dem Versorgungssystem nicht zufrieden sind, keine Möglichkeit, zu wechseln.
- Die *Anpassungsfähigkeit des Systems* liesse sich durch den IAF und eine regelmässige Aktualisierung der zugrundeliegenden Daten grundsätzlich verbessern. Es ist allerdings unklar, ob diese Verbesserung erreicht wird, weil nicht bekannt ist, was der IAF genau beinhalten soll und wer die Entscheidungsautorität darüber hat. Zudem ist nicht ersichtlich, ob tatsächlich regelmässige Aktualisierungen der Kostenmodelle bzw. Datengrundlagen geplant sind.
- Die *Balance an der Schnittstelle ambulant/stationär* verschlechtert sich voraussichtlich ebenfalls, weil die Vergütungssysteme mit der Revision sich noch weiter voneinander entfernen. Dies verschärft die Anreize für vergütungsgetriebene Behandlungsentscheide.
- Die *Ausrichtung des Angebots am Bedarf* könnte sich mit der neuen Tarifstruktur verbessern, weil mit dem IAF Ärzte in unterversorgten Gebieten gezielt gefördert werden können. Da aber die genaue Ausgestaltung unklar ist, lassen sich keine Abschätzungen machen, ob es hier tatsächlich zu einer Verbesserung kommen wird.

Abschliessend muss erwähnt werden, dass eine vertiefte Analyse des neuen Tarifsystems TARVISION derzeit stark dadurch beschränkt ist, dass die Grundlagen dazu nicht öffentlich zugänglich sind. Gerade eine vollständige und transparente Offenlegung der Datengrundlagen inklusive der verwendeten Kostenmodelle sowie der durchgeführten Transcodierung und Normierung würde erheblich dazu beitragen, die Auswirkungen des neuen Tarifmodells abschätzen zu können.

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80