

VERTRAG

zwischen

santésuisse

und

FMH

sowie

den kantonalen Ärztegesellschaften

betreffend

Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten im Bereich TARMED

(nationale LeiKoV)

Präambel

Die Vertragsparteien wollen mit der vorliegenden Vereinbarung folgende Ziele erreichen:

- Die Kostenentwicklung im KVG-Bereich von TARMED (Art. 2 TARMED-Rahmenvertrag) soll einer nachhaltigen, vertraglich geregelten Überwachung und Steuerung unter Einbezug von Leistungsargumenten und Veränderungen der Gestehungskosten unterliegen;
- Die Daten und Erkenntnisse der Parteien bilden dafür die Grundlage;
- Vereinbaren einer Nachfolgeregelung für die Ende 2005 auslaufende Vereinbarung zur Kostenneutralität gemäss Anhang 2 TARMED Rahmenvertrag;
- Ersetzen der Anhänge „Taxpunktwert“ und „Starttaxpunktwert und Parameter der Kostenneutralität“ der kantonalen Anschlussverträge;

- Vereinbaren einer Übergangsregelung, welche für die Zeit von Mitte 2005 bis Ende 2006 eine Kontrolle und Steuerung ermöglicht und einen geordneten Übergang von der Vereinbarung über die Kostenneutralität zu diesem Vertrag (LeiKoV) gewährleistet;
- Bestimmen eines Kostenkorridors über die Zeit (in der Folge ‚Kostenkorridor‘ genannt), welcher die Inangriffnahme und Umsetzung von allenfalls notwendigen tarifstrukturellen Anpassungen (Reengineering) ermöglicht;
- Bei der Bestimmung dieses Kostenkorridors werden unter anderem berücksichtigt:
 - A) Veränderungen in der Demographie;
 - B) Veränderungen der Nachfragestruktur;
 - C) gezielte Eingriffe in die Angebotsstruktur;
 - D) Veränderungen des Leistungskatalogs;
 - E) Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen;
- Mittelfristig soll eine gezielte Konvergenz der Leistungsvergütung verfolgt werden, wobei das Abrechnungsverhalten zu berücksichtigen ist;
- Die gemäss Art. 46 und 47 KVG vorgesehenen Kompetenzregelungen im Bereich der Tarifverträge sollen nicht tangiert werden;
- Festlegen insbesondere von Struktur, Organisation, Kompetenzen und Finanzierung des Lenkungsbüros;
- Regeln der Anfechtbarkeit von PIK-Entscheiden;
- Zuteilen der Kompetenzen betreffend Weiterentwicklung / Änderung der TARMED-Tarifstruktur.

1 Geltungsbereich

1.1 Persönlicher Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt einerseits für die Vertragsparteien, d.h. für

- die Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH)
- den Verband der Schweizer Krankenversicherer (santésuisse)
- die unterzeichnenden kantonalen Ärztegesellschaften (KÄG)

sowie andererseits für

- die dem Rahmenvertrag TARMED (RV) und einem kantonalen Anschlussvertrag (AV) beigetretenen Ärztinnen und Ärzte (nachfolgend: Vertragsärzte¹)
- die dem RV und einem AV beigetretenen Versicherer (nachfolgend: Vertragsversicherer).

¹ Im Interesse besserer Lesbarkeit wird in diesem Vertrag ausschliesslich die männliche Form verwendet; sie gilt jedoch auch für das weibliche Geschlecht.

1.2 Örtlicher und sachlicher Geltungsbereich

Der Geltungsbereich richtet sich nach Art. 2 RV und Art. 1 des jeweiligen AV zum RV. In diesen Bestimmungen sind auch die Zulassungsvoraussetzungen geregelt.

1.3 Bildung von Regionen

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

2 Umsetzung der LeiKoV

2.1 Leistungsbasis (Dividend)

¹ Zur Leistungsbasis zählen sämtliche von Vertragsversicherern innerhalb eines Kalendermonats bezahlten OKP-Leistungen nach TARMED, welche von Vertragsärzten erbracht wurden. Diese Kosten sind pro Kanton / Region (Vertragsgemeinschaft) auszuscheiden. Abgrenzungskriterium ist jeweils das Behandlungsbeginndatum.

² Nicht zur Leistungsbasis gezählt werden Leistungen an besondere Versicherungsformen mit Pauschalentschädigung.

³ Zusätzlich monitorisiert werden sämtliche von Vertragsversicherern innerhalb eines Kalendermonats bezahlten OKP-Leistungen in den Bereichen Analysen¹⁺², Mittel und Gegenstände¹, Medikamente¹⁺², Physiotherapie¹⁺² und weitere, sofern statistisch auscheidbar, welche von Vertragsärzten erbracht (Gruppe ¹) und / oder veranlasst (Gruppe ²) wurden.

2.2 Bezugsgrösse (Divisor)

¹ Als Bezugsgrösse dient die Anzahl Versicherte pro Wohnkanton/-region und Versichertenmonat gemäss santésuisse-Datenpool. Der santésuisse-Datenpool übernimmt für die Bestimmung der Versicherten die Definitionen der gemeinsamen Einrichtung KVG gemäss dem Dokument „Leitfaden für die Ermittlung der Daten für den Risikoausgleich“. Nicht zur Bezugsgrösse gezählt werden Leistungen für Versicherte in besonderen Versicherungsformen mit Pauschalentschädigung, solange der statistische Fehler zu vernachlässigen ist. Dazu werden diese separat ausgewiesen.

² Die Bezugsgrösse ist in stärkerem Ausmass vom Abdeckungsgrad der Vertragsversicherer und möglichen Verschiebungen von Versichertenanteilen in der besonderen Versicherungsform als die Leistungsbasis betroffen. Aus diesem Grund ist der Veränderung dieser beiden Grössen Rechnung zu tragen und sie ist zu monitorisieren.

2.3 Vergleichsbasis (Istkosten / Sollkosten)

- ¹ Ausgangswert bilden die Istkosten des Jahres 2003. Die Sollkosten April 2004 bis März 2005 errechnen sich aus den Istkosten des Jahres 2003 zuzüglich 1.875% (entsprechend Ein-Ein-Viertel Mal den Korrekturfaktor x_2 gemäss Anhang 2 RV).
- ² Die Sollkosten April 2005 (rsp. t-1) bis März 2006 (rsp. t) werden gebildet aus den Sollkosten April 2004 (rsp. t-2) bis März 2005 (rsp. t-1), bereinigt um den Korrekturfaktor x (gemäss Ziff. 2.4) und allfälliger Verrechnung der Abweichung von der Zielvereinbarung (Kostenüber- oder -Unterschreitung im Vorjahr).
- ³ Die festgelegten Sollkosten sind in begründeten und dokumentierten (datengestützten) Fällen korrigierbar. Der jeweilige Vertragspartner (santésuisse bzw. die KÄG) stellt dabei den entsprechenden Antrag, über welchen das Lenkungsbüro beschliesst.

2.4 Korrekturfaktor X

- ¹ Mit dem Korrekturfaktor X sollen sektorielle Kostenveränderungen abgegolten werden.
- ² Gewichtung und Höhe der einzelnen Faktoren erfolgt zentral durch das Lenkungsbüro auf Basis einheitlicher Kriterien, wobei kantonale Differenzierungen möglich sind.
- ³ Die Höhe des Korrekturfaktors begründet sich in spezifischen Korrekturkomponenten $x_i - x_n$ (z.B. neue Pflichtleistungen, medizinischer Fortschritt, demographische Entwicklung, Effizienzsteigerung in der medizinischen Versorgung, strukturelle Angebots- und Nachfrageentwicklungen, Parameter zur Beurteilung der Leistungsentwicklung, Konvergenz der Leistungsvergütung, Auswirkungen aufgrund von Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen), wobei die effektive Entwicklung der Vorjahre zu berücksichtigen ist.
- ⁴ Die Parameter zur Beurteilung der Leistungsentwicklung werden (gemäss Zusatzvereinbarung zum RV, Anhang 3, vom 1. November 2003) in die zwingenden Angaben des einheitlichen Rechnungsformulars integriert. In Ausnahmefällen können die Parteien eine abweichende Regelung treffen.

2.5 Toleranzbandbreite

- ¹ Die Toleranzbandbreite beträgt 1%.
- ² Liegt die Abweichung des Vergleichs der Ist-/Sollkosten (Ziff. 2.3) innerhalb der vereinbarten einheitlichen Toleranzbandbreite, wird keine Korrektur des TPW empfohlen. Liegt sie ausserhalb, kann eine Korrektur empfohlen werden.

2.6 Datenbasis

- ¹ Für das Controlling stellt santésuisse aus dem santésuisse-Datenpool quartalsweise die aufbereiteten Daten auf Monatsbasis zur Verfügung.
- ² Daten zur Festsetzung des Korrekturfaktors, insbesondere Parameter zur Beurteilung der Leistungsentwicklung, können von den Vertragsparteien eingebracht werden.

Dabei haben die Parteien die Führungsrolle in der Lieferung und Aufbereitung der Daten wie folgt aufgeteilt:

- a. Gesamtkosten: santésuisse
- b. Versichertendemographie : santésuisse
- c. Leistungsimport/ –export : santésuisse
- d. Einzelleistungsdaten, Leistungsparameter: ärztliche Vertragsparteien

³ Es können nur Parameter berücksichtigt werden, zu deren Beurteilung die Parteien die notwendigen Datengrundlagen (z.B. Dignitätsdaten) in elektronischer und aktualisierter Form als Datenbank zur Verfügung haben.

⁴ Die Daten sind jeweils für sämtliche Vertragsgemeinschaften aufzubereiten und offenzulegen.

3 Technische Definitionen

3.1 Leistungsbasis (Dividend)

¹ Die entsprechenden Berechnungen basieren auf Auswertungen aus dem santésuisse-Datenpool, wobei von den Leistungserbringern erhobene Datenreihen in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Es ist gegenseitig Daten- und Berechnungstransparenz zu gewähren. Für das Controlling werden die von santésuisse aus dem santésuisse-Datenpool quartalsweise aufbereiteten Monatsdaten verwendet.

Behandlungsart (Partnerart)	Tarifkategorie	Kostenart / Leistungsart	LAR-Nr. ab 2004	LAR-Nr. ab 2003
Arzt ambulant (alle Untergruppen gemäss ZSR)	TARMED (ab 2004)	Arztbehandlung	011*	011
	SL	Medikamente	050	050
	KLV	MiGeL	052	052*
	Physio	Physiotherapie (eidg. Physio-Tarif	053	053*
	Analysenliste	Analysen	054	-
	Übrige Tarife	Übrige ambulante Tarife	055*	-
			Stationäre Leistungen beim Arzt	056*
	Unbekannt		999	999
Übrige Tarife ambulant**	Zahnarzt, Chiro, etc.	001 -998	001-998	

*im Einführungsjahr statistisch nicht auswertbar

**bestehende Kostenarten, welche jedoch bei Ärzten nicht erwartet werden

Abkürzungen

Leistungsbasis	LB	
Total abgerechnete Leistungen	L	
Partnerart	PA	
Medikamente	M	= LAR 050
MiGeL	MG	= LAR 052
Physiotherapie	P	= LAR 053
Analyse	A	= LAR 054

Stat. Tarife
Capitation

T_{stat} = LAR 056
Cap

² Die Leistungsbasis muss wegen der Einführung von TARMED per 1.1.2004 in zwei Phasen unterschieden werden. Liegt mindestens ein Monat der Leistungsbasis vor der Einführung, gilt die Phase 1:

a) Abgrenzung Phase 1 (ein Teil der Sollkosten stammt aus dem Behandlungsjahr 2003):

- Zur Leistungsbasis zählen aus statistischen und abgrenzungstechnischen Gründen sämtliche von Vertragsversicherern bezahlten Brutto-Kosten aus OKP (ambulante TARMED-Leistungen sowie Analysen, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Mittel und Gegenstände, etc. abzüglich der Medikamente), welche von Vertragsärzten erbracht wurden. Diese Kosten sind pro Kanton/Region und pro Vertragsgruppe auszuscheiden. Abgrenzungskriterium ist jeweils das Behandlungsbeginndatum.
- Nicht zur Leistungsbasis gezählt werden Leistungen an besondere Versicherungsformen mit Pauschalentschädigung.
- Zusätzlich monitorisiert werden sämtliche von Vertragsversicherern bezahlten OKP Leistungen in den Bereichen Analysen, Medikamente, Physiotherapie, welche von Vertragsärzten erbracht oder veranlasst wurden.
- Formel für die Leistungsbasis:

$$LB = L_{PA \text{ Ärzte}} - M - Cap$$

b) Abgrenzung Phase 2 (die gesamten Sollkosten betreffen das Behandlungsjahr 2004):

- Zur Leistungsbasis zählen aus statistischen und abgrenzungstechnischen Gründen sämtliche von Vertragsversicherern bezahlten Brutto-Kosten aus OKP (ambulante TARMED-Leistungen sowie Ergotherapie, Logopädie, etc. abzüglich der Medikamente, Analysen, Physiotherapie, Mittel und Gegenstände und stationären Tarifen), welche von Vertragsärzten erbracht wurden. Diese Kosten sind pro Kanton/Region und pro Vertragsgruppe auszuscheiden. Abgrenzungskriterium ist jeweils das Behandlungsbeginndatum.
- Nicht zur Leistungsbasis gezählt werden Leistungen an besondere Versicherungsformen mit Pauschalentschädigung.
- Zusätzlich monitorisiert werden ab dem Behandlungsjahr 2004 sämtliche von Vertragsversicherern bezahlten OKP Leistungen in den Bereichen Analysen¹⁺², Mittel und Gegenstände¹, Medikamente¹⁺², Physiotherapie¹⁺² und weitere, sofern statistisch ausscheidbar, welche von Vertragsärzten erbracht (Gruppe ¹) und / oder veranlasst (Gruppe ²) wurden.
- Soweit Leistungen in weiteren Bereichen wie Ergotherapie, Logopädie, etc. abgrenzbar oder mit geeigneten und plausibilisierten statistischen Methoden von den übrigen Leistungen ausscheidbar sind, können weitere Abgrenzungen bei der Bestimmung der Leistungsbasis vereinbart werden.

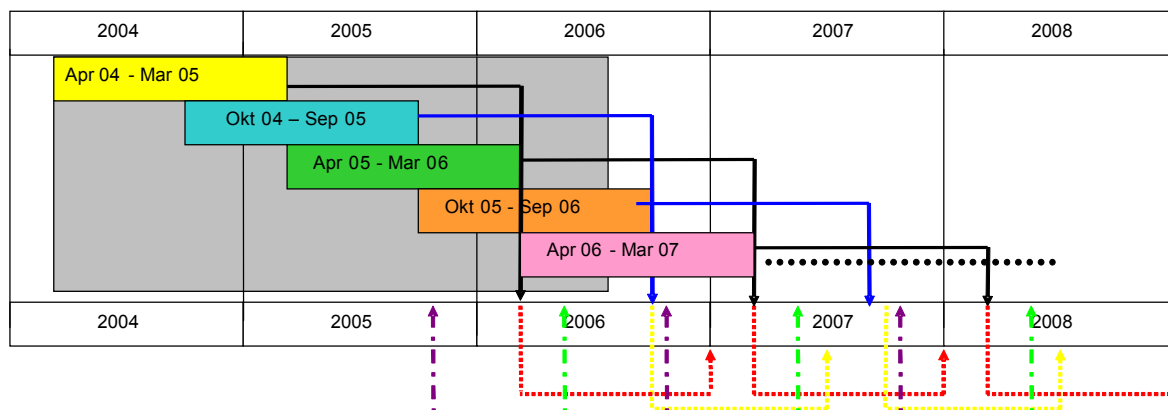
- Formel für die Leistungsbasis:

$$LB = L_{PA \text{ \u00c4rzte}} - M - MG - P - A - T_{\text{stat}} - Cap$$

3.2 Graphische Darstellung des Prozessablaufs

4 Technisches Umsetzungskonzept

Technisches Umsetzungskonzept



Legende

- ⋯→ Steuerungs-Empfehlung zwingend Neuer TPW ab 1.1.
- Sitzung Februar Soll/Ist- Vergleich
- ⋯→ Steuerungs-Empfehlung bei Bedarf Neuer TPW ab 1.7.
- Sitzung August: Soll/Ist- Vergleich
- - -→ Sitzung Mai: Sollkostenkorrektur X für die nächste Periode
- - -→ Sitzung November: während den ersten beiden Jahren, kein definierter Inhalt
- Doppelte Messmethode bis März 06 : Gemäss KN Rahmenvertrag Anhang 2 und LKV

5 Abwicklung der Kosten- und Leistungskontrolle

5.1 Soll-/Ist-Kostenvergleich und Empfehlung Taxpunktwert

¹ Es erfolgt ein Soll-/Ist-Kostenvergleich. Ergibt sich aufgrund dieses Vergleichs eine Abweichung, so erfolgt eine Steuerungsempfehlung des Lenkungsbüros für den Taxpunktwert (TPW).

² Der zeitliche Ablauf des Soll-/Ist-Kostenvergleichs ist in Ziff. 4 (technisches Umsetzungskonzept) graphisch dargestellt.

5.2 Korrekturmassnahmen

¹ Ergibt die Überprüfung der Soll/Ist-Situation in einer Vertragsgemeinschaft, dass die Abweichung ausserhalb der Toleranzbandbreite liegt, prüft das Lenkungsbüro, ob eine TPW-Anpassung notwendig sei. Falls es diese für notwendig erachtet, empfiehlt das Lenkungsbüro der betroffenen kantonalen Ärztegesellschaft und santésuisse, eine ent-

sprechende Änderung des Taxpunktwertes zu vereinbaren und von der Kantonsregierung genehmigen zu lassen.

² Empfehlungen des Lenkungsbüros betreffend TPW-Anpassungen erfolgen zwingend jeweils im Februar für eine Umsetzung per 1.1. des Folgejahres und bei Bedarf im August für eine Umsetzung per 1.7. des Folgejahres.

5.3 Korrekturmechanismus

Muss eine Korrektur vorgenommen werden, so wird der neue TPW so berechnet, dass das kumulierte Taxpunktvolumen, gewichtet mit dem neuen TPW, die Sollkosten erreichen würde.

6 Das Lenkungsbüro

6.1 Aufgaben und Kompetenzen

¹ Die Leistungs- und Kostenvereinbarung wird durch ein gemeinsam finanziertes, nationales Lenkungsbüro nach einheitlichen Kriterien und technischen Definitionen umgesetzt. Das Lenkungsbüro hat insbesondere folgende Aufgaben und Kompetenzen:

- Bearbeitung sämtlicher Probleme im Zusammenhang mit der Leistungs- und Kosten-Lenkung, -Steuerung sowie -Erfassung;
- Vornahme des Soll-/Ist-Kostenvergleichs und der begründeten Empfehlung an die zuständigen Parteien für eine allfällige Taxpunktwertanpassung;
- Definition der Korrekturkomponenten;
- Erarbeitung der Methodik für die Erhebung der Korrekturkomponenten;
- Erarbeitung der lokalen Gewichtung und Festlegung der Höhe der Korrekturkomponenten;
- Erarbeitung von Vorschlägen zur gezielten Konvergenz der Leistungsvergütung;
- Weiterentwicklung der TARMED-Tarifstruktur und Ausarbeiten von Empfehlungen zuhanden santésuisse und FMH für entsprechende Anträge an TARMED Suisse;
- Pzisierung und Anpassung der technischen Definitionen;
- Nachführung des jeweils aktuellen Standes des von den Parteien vereinbarten einheitlichen Rechnungsformulars (XML-Standard) bzw. der Übermittlungsart der Rechnungen (gemäss Zusatzvereinbarung zum RV, Anhang 3, vom 1. November 2003).

² Das Lenkungsbüro kann weitere Empfehlungen zur Steuerung an die Vertragsparteien abgeben.

³ Das Lenkungsbüro kann im Einvernehmen mit den Parteien weitere Aufgaben übernehmen.

6.2 Zusammensetzung des Lenkungsbüros

¹ Das Lenkungsbüro setzt sich zusammen aus drei Vertretern von santésuisse und drei von den ärztlichen Vertragsparteien (FMH und kantonale Ärztesgesellschaften) mandatierten Vertretern und deren Suppleanten.

² Je ein Vertreter von BAG, Preisüberwachung und GDK kann als Beobachter an den Februar- und August-Sitzungen des Lenkungsbüros teilnehmen.

6.3 Verfahren

¹ Die Einladung, die Traktanden und das Protokoll werden jeweils vom Vorsitzenden der entsprechenden Sitzung verschickt. Einladung und Traktanden müssen mindestens 1 Woche vor der Sitzung bei den Mitgliedern eintreffen.

² Die Taxpunktwertempfehlung sowie Beschlüsse des Lenkungsbüros bedürfen der Einstimmigkeit der Parteien. Die betroffenen Vertragsgemeinschaften haben das Recht, angehört zu werden und Anträge an das Lenkungsbüro zu stellen.

³ Von den Sitzungen wird ein Beschlussprotokoll erstellt.

⁴ Der Vorsitz wechselt im Jahresrhythmus. Das erste Kalenderjahr wird von einem Vertreter von santésuisse präsiert.

⁵ Das Büro organisiert sich im Weiteren selbst. Es kann ein Handbuch erlassen.

6.4 Sitzungstermine

¹ Das Lenkungsbüro trifft sich zwingend jeweils am dritten Donnerstag der Monate Februar und August zur Beurteilung der Soll-/Ist-Kosten (Ziff. 2.3).

² Das Lenkungsbüro trifft sich zwingend jeweils am dritten Donnerstag im Mai zur Festlegung des Korrekturfaktors und der Korrekturkomponenten für das laufende Jahr.

³ Während den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung trifft sich das Lenkungsbüro zusätzlich jeweils am dritten Donnerstag des Monats November.

⁴ Die im Lenkungsbüro vertretenen Parteien können weitere Sitzungen zur Wahrnehmung der übrigen Aufgaben vereinbaren.

6.5 Finanzierung des Lenkungsbüros

- ¹ Die Parteien – santésuisse einerseits sowie die ärztlichen Vertragsparteien andererseits - tragen die Kosten, die ihnen aus der Teilnahme und Mitwirkung im Lenkungsbüro entstehen, in zeitlicher und finanzieller Hinsicht selbst.
- ² Dasselbe gilt grundsätzlich für die Bereitstellung der Basisdaten und die Durchführung der dazugehörigen Analysen. Es können andere Kostenteilungsregeln festgesetzt werden.
- ³ Das Lenkungsbüro erstellt jeweils Ende Jahr ein Budget – ausgenommen die internen Kosten gemäss Abs. 1 hiev- mit Kostenverteilschlüssel für das kommende Jahr, welches von den Parteien zu genehmigen ist.
- ⁴ Über Anträge zu externen Studien und Analysen, den Beizug von Experten oder die Entwicklung von gemeinsamen Instrumenten ist gemeinsam zu entscheiden.

7 Elektronische Datenübermittlung

- ¹ Für die elektronische Rechnungsstellung ist der XML-Standard und das von santésuisse und FMH gemäss Zusatzvereinbarung zum RV, Anhang 3, vom 1. November 2003 für verbindlich erklärte, einheitliche Rechnungsfomular zu verwenden. Die Parteien orientieren sich dabei nach Möglichkeit am Standard des Forums für Datenaustausch im Gesundheitswesen und bringen dort ihre aus diesem Vertrag entstehenden Bedürfnisse ein.
- ² Das Rechnungsformular ist in jedem Fall vollständig und richtig auszufüllen.
- ³ Rechnungen, welche nicht diesen Formvorschriften entsprechen, können zurückgewiesen werden.

8 Kündigung

8.1 Kündigung

- ¹ Jede Vertragspartei kann den Vertrag unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres kündigen.
- ² Die Kündigung erfolgt jeweils durch eingeschriebenen Brief, und zwar:
 - von santésuisse: an die FMH. Diese informiert die KÄG;
 - von der FMH: an santésuisse;
 - von einer KÄG: an santésuisse. Die KÄG informiert die FMH.
- ³ Bei Kündigung durch eine KÄG oder durch FMH gilt dieser Vertrag unter den übrigen Parteien weiter.
- ⁴ Falls der RV gekündigt wird, gilt gemäss Art. 19 AV auch der AV auf den gleichen Termin als gekündigt. Dies gilt auch in Bezug auf diesen Vertrag. Falls der AV mit seinen Anhängen gekündigt wird, gilt auch dieser Vertrag als gekündigt. Dies in Bezug auf die kündigende Vertragspartei (kantonale KÄG, Vertragsgemeinschaft). Für die übrigen Vertragsparteien gilt der Vertrag weiter.

9 Weiterzug von PIK-Entscheiden gemäss Art. 16 TARMED Rahmenvertrag

Die PIK-Entscheide gemäss Art. 16 RV können direkt an das zuständige kantonale Schiedsgericht weitergezogen werden (Art. 89 KVG). Die Weiterzugsmöglichkeit an kantonale PVK's entfällt.

10 Schluss- und Übergangsbestimmungen

10.1 Übergang von der Kostenneutralitätsphase zur LeiKoV

- ¹ Die Messung und die Vergleichsmethode (technische Aspekte) gemäss der Vereinbarung zur Kostenneutralität gemäss Anhang 2 RV wird bis Mitte 2006 weitergeführt bzw. angewendet.
- ² Die Messung wird quartalsweise auf Monatsbasis durchgeführt (d.h. im August 2005 werden die Daten bis Juni 2005, im November 2005 die Daten bis September 2005, im Februar 2006 die Daten bis Dezember 2005, im Mai 2006 die Daten bis März 2006 ausgewertet (vgl. Ziff. 4, ‚Technisches Umsetzungskonzept‘)
- ³ Ergibt sich nach dieser Messmethode eine abweichend Steuerungsempfehlung zur neuen LeiKoV-Messmethode, so sind diese Erkenntnisse entsprechend zu berücksichtigen.
- ⁴ Für die Abwicklung dieser Übergangsbestimmung ist das Lenkungsbüro in der Zusammensetzung und mit den Kompetenzen gemäss Ziff. 5 dieser Vereinbarung zuständig.
- ⁵ Parteien, die als Inkrafttreten den 1.7.05 erklärt haben, können bezüglich der Dauer der Abtragung des Kompensationsvolumens andere Perioden als die üblicherweise vorgesehenen 6 Monate vereinbaren.

10.2 Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt für die Parteien mit der rechtsverbindlichen Unterschrift in Kraft. Sie treten in die aktuell laufende Sollkostenperiode gem. Ziff. 2.3 Abs. 1 ein.

10.3 Vorrang der deutschen Version der Vereinbarung

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

Unterschriften:

santésuisse

FMH

KÄG:

KÄG x

KÄG Y

Etc.

Zur Kenntnisnahme an:

- BAG
- Preisüberwacher
- GDK